



FLACSO
ARGENTINA

PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO

MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO

**INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA
PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA**

Tesista Harris Ariel Peñaranda Molina

Director de Tesis Héctor Eduardo Castro Jaramillo

Tesis para optar por el grado académico de Magíster en Desarrollo Humano

Fecha: 18/08/2022

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todes les activistes que luchan por hacer de este mundo un lugar más amigable con nosotros mismos, con los demás y con el planeta.

A todes les academiques, que moldean el mundo a través del conocimiento y enseñanza a las nuevas generaciones.

A mis seres queridos

Agradecimientos

Agradezco a mi familia que me enseña y motiva a seguir adelante ante cualquier obstáculo, a mi esposo y mis padres quienes son mi principal apoyo, a mis amigos quienes son mi principal espejo y que me han impulsado a ser mejor persona cada día, sin el amor y comprensión de todos mis seres queridos no sería posible ninguno de mis proyectos.

A mi director de tesis, quien tiene mi más grande admiración y considero un modelo a seguir.

A mis docentes, colegas y compañeres que a lo largo de mi recorrido profesional me han permitido aprender de ellos a través de su experiencia.

A mi alma mater de pregrado y posgrado, que me ayudaron a construirme como profesional y buscar siempre la calidad de lo que hago.

INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

Abstract

Introduction: The capabilities approach invites us to consider freedom as a means and an end, which is achieved by providing individuals with the capacity to shape their lives and their environment, increasing their capacity for agency, that is, to be active and participatory actors of its reality, it is overwhelming that the impact of stigmatization and discrimination against LGBTIQ+ individuals actually enhances inequalities in care, and in terms of access and avoidability of access to care, limiting their agency capacity.

Methods: This study is based on qualitative and quantitative methods, seeking to be an explanatory and descriptive research that aims to understand and expose inequities in health services in Bogotá, Colombia for a cohort of people belonging to the LGBTIQ+ population.

This methodology is inspired by work carried out by different social organizations around the world and by the work of UNFPA, 2019, which recognizes the importance of studying the health of this population in the search for a more equal society.

Results: the 59% of the participants have never accessed promotion and prevention services on any subject, it is found that there is a generational gap, where professionals with an age range greater than 40 years have a greater predisposition towards care to an LGBTIQ+ person, since, in their upbringing and development models, religion, morality and taboos regarding sexual issues led to a lack of knowledge of gender and sexual diversity.

Discussion: Discriminatory acts within health services can be grouped into two components, one human and the other documentary. The human component refers to the actions carried out by health personnel, who tend not to respect diversity in gender identities and sexual orientations and make negative associations with them. according to what is stated by authors such as Soon (2020), UNFPA (2019) and Jackson (2006).

Conclusions: Although there are public policy initiatives and possibly the system also has the capacity to implement the necessary adaptations to make health services in the city more inclusive for the LGBTIQ+ population, but this has not been widely implemented.

Key Words: *LGBT Persons, Health Inequity, Human Development, Health Services.*

Resumen

Introducción: Coloquialmente se usa el término LTTTGBI (Lesbianas, travestis, transexuales, transgéneros, gay, bisexuales e intersexuales), sin embargo, se denominará de ahora en adelante LGBTIQ+ (Al ser un término más conocido y de fácil recordación, se adiciona tradicionalmente el símbolo "+" con el objetivo de incluir a personas que no se identifican en los grupos sociales ya descritos, pero tienen una identidad de género u orientación sexual no binaria), Entonces, el enfoque de capacidades invita a considerar la libertad como medio y fin, el cual se logra a través de brindar capacidad a los individuos para forjar su vida y su entorno, aumentando su capacidad de agencia, es decir, de ser actores activos y participativos de su realidad, es contundente que efectivamente el impacto de la estigmatización y la discriminación contra los individuos LGBTIQ+ potencia las desigualdades en el cuidado, y en lo que se refiere al acceso y a la evitabilidad de acceso a la atención, limitando su capacidad de agencia.

Metodología: Este estudio se fundamenta en métodos cualitativos y cuantitativos, buscando ser una investigación de índole explicativa y descriptiva que tiene como fin entender y exponer las inequidades en los servicios de salud de Bogotá, Colombia para una cohorte de personas pertenecientes a la población LGBTIQ+.

La presente metodología está inspirada en trabajos realizados por diferentes organizaciones sociales alrededor del mundo y por el trabajo del UNFPA, 2019, que reconocen la importancia del estudio de la salud de esta población en la búsqueda de una sociedad más igualitaria.

Se realizó la operativización de tres variables y sus respectivas dimensiones; dividiendo el estudio en tres partes: primera parte que busca caracterizar un grupo poblacional de personas pertenecientes a la población LGBTIQ+ a través de un formulario en línea, en la segunda y tercera parte se abordó mediante técnicas cualitativas la variable denominada sentido de pertenencia y discriminación; para la cual se realizaron dos grupos focales de tipo tradicional (uno con personas pertenecientes a la población LGBTIQ+ y la otra con diferentes actores y profesionales de la salud) mediante una reunión a través de la plataforma Google

meet, de la cual participaron previa firma del consentimiento informado y acuerdo de la grabación de estas.

Resultados: De la población encuestada, el 72,7% se encuentran en el rango de los 27 a 59 años, el restante se encuentra en el rango de 14 a 26 años, casi 33% de personas con alguna patología asociada, sin embargo, y a pesar de número de cobertura relativamente buenos en la muestra estudiada, es interesante el hecho que el 59% de los encuestado no ha accedido nunca a servicios de promoción y prevención de cualquier tema , se encuentra que, existe una brecha generacional, en donde profesionales con un rango de edad superior a los 40 años, tienen una mayor predisposición hacia la atención a una persona LGBTIQ+, ya que, en sus modelos de crianza y desarrollo, la religión, la moral y los tabúes frente a temas sexuales, condujeron a un desconocimiento de la diversidad de género y sexual.

Discusión: Los actos discriminatorios dentro de los servicios de salud se pueden agrupar en dos componentes, uno humano y otro documental. El componente humano, hace referencia a las acciones realizadas por parte del personal de la salud, que tienden a no respetar la diversidad en las identidades de género y orientaciones sexuales y hacen asociaciones negativas de las mismas, acorde a lo planteado por autores como Soon (2020), UNFPA (2019) y Jackson (2006)

Conclusiones: La visualización de la discriminación por parte de los miembros de la comunidad LGBTIQ+ en los servicios de salud, depende de cómo entiendan e interioricen la discriminación dichos usuarios, Aunque existen las herramientas desde la política pública y posiblemente también se tenga la capacidad del sistema de implementar las adaptaciones necesarias para hacer de los servicios de salud en la ciudad más inclusivos para la población LGBTIQ+, esto no se ha llevado a la práctica de forma diseminada.

Palabras Clave: *Persona LGBT, inequidades en salud, desarrollo humano, servicios de salud.*

Índice

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
ABSTRACT	4
RESUMEN	5
ÍNDICE	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO	11
INEQUIDADES, ENFOQUE DE CAPACIDADES Y EL CONCEPTO LGBTIQ+	11
EL ENFOQUE DE LAS CAPACIDADES	12
EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	13
LA POBLACIÓN LGBTIQ+.....	15
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD LGBTIQ+	16
ENFOQUE DE CAPACIDADES EN SALUD EN LA COMUNIDAD LGBTIQ+	18
METODOLOGÍA	20
RESULTADOS	27
VARIABLES DEMOGRÁFICAS	27
VARIABLES DE COBERTURA EN SALUD	28
VARIABLES DE SENTIDO DE PERTENENCIA Y DISCRIMINACIÓN	31
<i>Discriminación en los servicios de salud, desde la mirada de los usuarios</i>	32
<i>Programas de promoción y prevención de salud, visibilizados por miembros de la comunidad LGBTIQ+</i>	38
<i>Planteamientos de miembros del colectivo LGBTIQ+, para acabar con las inequidades en los servicios de salud</i>	42
<i>Inequidades hacia la comunidad LGBTIQ+, visualizados por el personal de la salud</i>	45
<i>Promoción y prevención en salud para población LGBTIQ+, con base a la mirada del personal que los atiende</i>	49
<i>Propuestas del personal de salud, para lograr una atención integral a los miembros del LGBTIQ+</i>	53
DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES	59
ANEXOS	68
ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUALITATIVOS (GUÍAS DE PAUTAS Y CARTA DE PRESENTACIÓN PARA PARTICIPANTES)	68
ANEXO 2. ENCUESTA EN LÍNEA	71

Introducción

Coloquialmente se usa el término LTTTGBI (Lesbianas, travestis, transexuales, transgéneros, gay, bisexuales e intersexuales), sin embargo, se denominará de ahora en adelante LGBTIQ+ (Al ser un término más conocido y de fácil recordación, se adiciona tradicionalmente el símbolo "+" con el objetivo de incluir a personas que no se identifican en los grupos sociales ya descritos, pero tienen una identidad de género u orientación sexual no binaria).

Esta comunidad ha sido foco de discriminaciones y persecuciones profundas en todo el mundo desde que la religión fue partícipe del poder civil (Figari, 2010), y es que a pesar de los avances del movimiento LGBTIQ+ a nivel mundial, todavía 78 países la tipifican y 11 de estos se encuentran en la región de las Américas (Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago) (Michiel, 2015).

Los contextos legales de estos países se encuentran en contraposición de la defensa de los derechos humanos, acorde a lo que cita la declaración de los derechos humanos: "*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros*" (Oraá, 2009).

Bajo el manto de esta premisa ha crecido un activismo en defensa de los derechos de la comunidad LGBTIQ+ importante de tipo transnacional a lo largo de los años, llevando a que múltiples organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a la defensa de los derechos humanos, tengan afinidad con el tema; lo que ha motivado que las necesidades de la comunidad LGBTIQ+ sean traídas a la agenda pública (Paternotte, 2016), sin embargo, existe un largo camino por recorrer.

Al demarcar el argumento de que "*Todos los seres humanos nacen libres...*", se puede abordar la cuestión de la libertad desde un enfoque de desarrollo humano; de tener la libertad de disfrutar la vida que llevamos y tener la libertad de vivirla en la forma en la que queremos (Sen, 2000), y esto es aplicable para todos los aspectos de la sociedad que involucran el desarrollo; el trabajo, la educación, la vida en

comunidad, sin embargo, tal vez ninguno de estos genera tantos retos como la salud y el goce efectivo de la misma para esta comunidad.

Las diversidades de género y orientación sexual son motivo para una baja utilización de dichos servicios, cómo resultado del temor y la falta de confianza en los servicios que se prestan hoy día, siendo factores relevantes en la reducción al acceso a servicios de salud de calidad, (Mulé, 2009).

En el estudio realizado por Jackson (2006), el autor describe cómo las actitudes negativas y prejuiciosas en los servicios de salud, impactan los resultados en salud en la comunidad en mención, gracias a la discriminación y prejuicios se generan prestaciones en salud de disminuida calidad.

El ejemplo más claro se encuentra en los formatos de historia clínica o de bases de datos de los servicios de atención, que, por lo general, son excluyentes de las personas que se identifican fuera del espectro binario de género, al sólo tener opciones cómo "hombre/mujer" o "femenino/masculino", lleva a procesos de subregistro, cohibiendo la posibilidad de expresar identidades de género diferentes a las tradicionales, orientaciones sexuales o conductas sexuales, lo que lleva a motivar el retraso en la atención por no sentirse identificado con los servicios en salud que se les brinda.

Para entender el contexto del estado colombiano, se tomará en cuenta lo que dicta la Ley estatutaria 1751 de 2015 de la República de Colombia, que expone en el artículo 5º: "El *Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud*".

Para el estado colombiano, es un compromiso emitir políticas públicas encaminadas al goce efectivo de la salud, sin embargo, esto no se realiza de forma relativamente diferenciada, ya que para algunos grupos minoritarios (entrando a discutir la población LGBTIQ+, que es del interés de esta investigación), no existen herramientas de atención en salud específicas o por lo menos suficientemente difundidas, lo que motiva la presente investigación, y, para la cual se definirá cómo foco de interés la población LGBTIQ+ de la ciudad de Bogotá, Colombia.

Se estima que para el año 2019, rondaba en un total de 50.000 personas las que se identifican como parte de la comunidad LGBTIQ+, sin embargo, es

ampliamente conocido el subregistro de los datos demográficos de esta población, y las cifras no son concordantes entre diferentes fuentes, lo que genera una mayor necesidad de generar evidencia respecto a esta población en la ciudad y en general, en todo el país.

Volviendo al hecho de que la forma en la que se hace efectivo el goce del derecho a la salud depende fundamentalmente de la prestación de servicios de salud, los cuales, se consideran cómo una libertad de índole instrumental, y, que afectan directamente la libertad general de las personas (Picazzo, 2011), se realizaron varios planteamientos:

¿Las personas que son parte de la comunidad LGBTIQ+ en Bogotá, Colombia perciben la atención en los servicios de salud como injusta o desventajosa?

Partiendo de la definición de una inequidad en salud ofrecida por Arcaya (2015) cómo: *“un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta en la salud. De acuerdo con una definición común, cuando las diferencias en salud son prevenibles e innecesarias, el permitir que persistan es injusto”* y en base a estas inequidades, ¿Perciben que esto afecta su desarrollo y sus libertades cómo individuos?, más aún, ¿Consideran que el estado colombiano y la administración local han generado herramientas para respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, ¿cómo lo dicta la Ley 1751 ya citada?

El problema de investigación es por lo tanto analizar si las personas que integran el colectivo LGBTIQ+ en la ciudad de Bogotá, Colombia perciben la atención en los servicios de salud como injusta o desventajosa frente a lo que sucede con otros ciudadanos que no forman parte de dicho colectivo.

La presente investigación se marca como objetivo entender el fenómeno en mención partiendo de las experiencias cómo usuarios de los servicios de salud, dar respuesta a estos interrogantes planteados, como vía de evidencia de las necesidades de la comunidad LGBTIQ+ y, a partir de los resultados de la investigación, motivar políticas públicas en servicios de salud más amigables e incluyentes.

Definiendo como objetivo general conocer las inequidades en servicios de salud de la comunidad LGBTIQ+ en Bogotá, Colombia y su relación con el desarrollo

humano; y, a partir de este se desplegar una serie de objetivos específicos, los cuales son:

- Evidenciar los contextos de atención en salud a las personas pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+ en Bogotá, Colombia.
- Analizar las percepciones de las personas pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+ de Bogotá, Colombia, respecto a las inequidades en servicios de salud.
- Determinar el grado de conocimiento de profesionales de la salud y actores del sector de Bogotá, Colombia respecto a los conceptos del espectro de género y su importancia en la atención de la población LGBTIQ+.

Marco Teórico

Inequidades, Enfoque de Capacidades Y El Concepto LGBTIQ+

Antes de abordar cualquier tema, es importante su comprensión, por ese motivo, se iniciará por definir lo que es el espectro de género y la identidad de género.

Existe una extendida confusión entre los términos "sexo" y "género", mientras el primero se relaciona con las características biológicas, es decir, la presencia o no de ciertos rasgos o características que define a un ser vivo como macho o hembra (Alegria, 2011), el segundo se relaciona con la identidad y autopercepción, que en ocasiones se relaciona o no con el sexo, y que incluso hoy día es medianamente entendido en los casos que se habla del género o sexo binario (femenino o masculino) (Money & Ehrhardt, 1972).

Pero cuando esta identidad está fuera de estos rangos, se vuelve confuso y muchas personas hoy en día, no encuentran razonables estos comportamientos o creencias.

Ahora bien, considerando que el género es un tema identitario, propio de cada persona (no debe confundirse con la orientación sexual), está ligada a las vivencias y creencias individuales, construidas a través de los años, por tal motivo, también se debe entender que con los años la identidad de género puede cambiar o fluctuar y de esto se trata el término de espectro de género (Tharp, 2016).

Estas particularidades propias del género y su característica evolutiva deben ser abordadas por diferentes sectores de forma discreta y respetuosa, siendo esto parte de favorecer el desarrollo adecuado de personas con identidad de género no binaria, por tal motivo, es pertinente que escuelas, sitios públicos y servicios de salud empiecen a adaptar sus servicios a las necesidades de la población en mención, y, en general, de todas las poblaciones, con el propósito de lograr sociedades más igualitarias.

A continuación, se partirá por definir de forma somera lo que es el enfoque de las capacidades, seguidamente se pasará por explicar el sistema de salud colombiano y cómo estos conceptos se entrelazan en el contexto de la salud de la población LGBTIQ+.

El Enfoque De Las Capacidades

Se debe partir de la premisa que, las libertades se toman como un medio y un fin cuando se habla de desarrollo, es así que, cuando se habla de las capacidades que tiene un individuo, se habla de su libertad, entonces, se entienden dichas capacidades en su forma más compleja como el resultado de los contextos sociales, económicos y políticos sobre lo que puede y no puede hacer una persona para cambiar su entorno, y moldearlo acorde a lo que más valora, o encuentra más valioso, a esto último, se les denominó funcionamientos, a través de los cuales y acorde a los contextos ya mencionados una persona puede o no influir en su entorno, lo que conlleva a relacionarlo con la idea de la libertad, en palabras de Sen (2000): “las libertades fundamentales que (una persona) disfruta para llevar el tipo de vida que él o ella tiene razones para valorar”.

El enfoque de las capacidades propuesto por Sen, no busca ser una estrategia explicativa de la pobreza y desigualdad en el mundo (Robeyns, 2005), busca más bien, ser una herramienta evaluativa de los fenómenos que se involucran en la capacidad de las personas de hacer las cosas y la libertad de llevar su vida acorde a lo que consideran valioso.

Ahora bien, entrando a las aplicaciones de este enfoque, se tiene que hablar del término “agencia”, que en general se refiere al potencial de las personas de cambiar su entorno y las condiciones en las que vive, en general, ser sus propios

agentes de cambio, sería algo así como la contra tesis al sometimiento (Alkire, 2005).

Entonces, el enfoque de capacidades invita a considerar la libertad como medio y fin, el cual se logra a través de brindar capacidad a los individuos para forjar su vida y su entorno, aumentando su capacidad de agencia, es decir, de ser actores activos y participativos de su realidad.

El sistema de salud colombiano

El actual sistema de salud colombiano, data del año 1993, con la ley 100, que definió el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), Inspirado en tendencias neoliberalistas, y centrado en aumentar el acceso a los servicios de salud.

El sistema tiene financiación de recursos mixtos, basada en competencia regulada, lo que logró grandes avances en la cobertura, tocando casi el 99% en la actualidad, sin embargo, aumentó desigualdades en los servicios y afectó la calidad de estos, inspirando unas reformas importantes, a manera de resumen se muestra un cuadro con los aspectos más relevantes del sistema de salud colombiano y sus reformas más recientes.

Tabla 1. Ley 100 y sus reformas

Ley 100 de 1993		VS.		Reformas	
ESTRUCTURA DE LA LEY 100 SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE COLOMBIA ESTARÍA COMPUESTA POR 4 VERTIENTES: -SISTEMA GENERAL DE PENSIONES - SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES -SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS- SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN DE LA LEY 100 -REGIMEN CONTRIBUTIVO: empleados e independientes y sus familias que cotizan o aportan 12% del salario base de cotización (2/3 empleador, 1/3 trabajador) -REGIMEN SUBSIDIADO: desempleados y vinculados, dependiente de aportes fiscales y de solidaridad - FOSYGA (fondo de solidaridad y garantías): Se definió un sistema de pago a las entidades promotoras de salud que presta servicios a los afiliados denominadas UPC (unidad de pago por capitación)			
APLICABILIDAD DE LA LEY 100 Art 49. Atención en salud y saneamiento ambiental están a cargo del estado El propósito de universalidad de servicios se considera clave Principios: Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, unidad y participación. Se define el Plan Obligatorio de Salud (POS), cómo el paquete de beneficios a los que tienen acceso los afiliados		OPERATIVIDAD DE LA LEY 100 Obligaciones de los diferentes niveles: Nivel Nacional: Planificar, formular y controlar las normas y políticas y planes generales de salud. Nivel Departamental: Controlar el aseguramiento y salud pública en los municipios Nivel Municipal: Aseguramiento de la población y ejecución de los programas de salud pública. Se definen las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como las responsables de la afiliación y brindar las coberturas a los afiliados de ambos regímenes, dichos servicios se pueden prestar mediante Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) ya sean de origen público o privado.			
Ley 1122 de 2007	Ley 1438 de 2011	Ley 1751 de 2015	Ley 1753 de 2015		
Estructura					
Se realizó esta modificación con el propósito de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios: - Se define un proceso de regulación planeado para ser mediante evaluación de resultados - Se crea la Comisión de Regulación en Salud: (CRES) para estos fines	Se realizó esta modificación en aras de fortalecer el sistema general de seguridad social en salud: - Se definen orientaciones del servicio, cómo la unificación del POS para los regímenes. - Se enfatiza la estrategia basada en atención primaria en salud. - Se define una periodicidad de evaluación integral del SGSSS de 4 años	- La denominada Ley estatutaria, enfocada en el derecho fundamental a la salud y su regulación. - Se iniciaran evaluaciones anuales sobre el goce efectivo de derecho fundamental a la salud y se divulgarán sus resultados - Además se plantean los determinantes sociales y su relevancia en superar inequidades en salud.	- Se determina el Plan Nacional de Desarrollo - Se determinan 6 estrategias trasversales: competitividad e infraestructura, movilidad social, transformación del campo, seguridad, democracia y justicia par ala construcción de paz, buen gobierno y crecimiento verde. - En la estrategia de Movilidad social se definen objetivos importantes de desarrollo humano		
Funcionamiento y Financiamiento					
- Se aumenta el porcentaje de cotización a 12,5% bajo el discurso de el logro de la cobertura universal. - se definen los recursos de financiamiento del régimen subsidiado de dos fuentes principales: entidades territoriales y FOSYGA - se define un sistema de subsidios parciales, enfocados especialmente a clasificaciones del SISBEN I	- El gobierno se hace responsable de las políticas de salud pública, promoción y prevención. - Las entidades territoriales deberán contratar las acciones colectivas en salud pública y las EPS deberán garantizar las intervenciones concernientes a salud pública. - Se define la portabilidad de los servicios de salud en cualquier parte del territorio nacional	- Se establece una política farmacéutica nacional. - Se reclama la necesidad de una política de ciencia y tecnología en salud a cargo del estado - Se define la inembargabilidad de los recursos de para la salud y se ratifica que estos sólo están destinados para tal fin	- Se expone un plan de inversiones por sectores. - Se determinan medidas para el Saneamiento financiero de las EPS. - Se crea el Adres (entidad administrativa que maneje los recursos del SGSSS).		
Incidencia Aplicativa					
- Se denominan las Entidades Promotoras de Salud del régimen Subsidiado reiterando el cumplimiento de sus funciones de promoción de afiliación y además de estar reglamentadas bajo las mismas normas de habilitación vigentes. - Se definen procesos de regulación de la prestación de servicios de salud con fines economistas	- Se modifican y amplían los principios del sistema, añadiendo conceptos importantes como: Prevalencia de derechos y Enfoque diferencial. - Se define la creación del plan decenal de salud pública y su caracter intersectorial. - Se adopta la estrategia de Atención Primaria en Salud	- Se añaden principios y se expone el papel de la interculturalidad y la protección a comunidades especiales. - No se requerirán de autorizaciones administrativas adicionales para prestación de los servicios, se prohíbe la negación de prestación de servicios de salud.	- Se define la ruta para los recobros, reclamaciones y giro de recursos de aseguramiento al FOSYGA - Se define al ruta de registros sanitarios y dispositivos medicos con participación del IETS		
Incidencia Operativa					
Se define que para enfermedades de alto costo la EPS debe realizar el proceso de verificación de los denominados NO POS mediante el comité técnico científico y en caso que se interponga acción de tutela como mecanismo de respuesta la EPS y el FOSyga costearán el costo por partes iguales	- Se crea el Observatorio Nacional de Salud y sus funciones de monitoría en los indicadores en salud. - Se realiza la prohibición a las EPS del cobro de multas por motivo de inasistencia a citas programadas - se crea el Instituto de evaluación de tecnologías en salud IETS	- Se recalca la autonomía profesional y se prohíben acciones que atenten contra la misma. - Se elimina el POS y se enfatiza en el uso de los recursos necesarios para la mejoría de la salud de los afiliados al sistema	- Es facultad del ministerio de salud y protección social declarar una emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos. - Se hacen modificaciones al funcionamiento del sistema mediante la Política de Atención Integral en Salud -PAIS.		

Elaboración propia

La Población LGBTIQ+

La estimación del total de la población a nivel mundial que hace parte del colectivo es polémica, por un lado, por las dificultades que existieron hasta hace algunos años con la clasificación del colectivo, adicionalmente, por los enfoques de predominio patriarcal y binarios que existían en los principales entes demográficos a nivel mundial, que no reconocían o no recopilaban información respecto a este colectivo.

Por no ser reconocido legalmente en muchos países, las cifras reales son inexactas y aproximadas, existen países con estudios muy importantes y con un monitoreo muy juicioso de la cantidad de población; por ejemplo, se estima que en estados unidos aproximadamente 5,6 % de la población se considera parte del colectivo, con grandes diferencias entre estados, dado que algunos alcanzan cifras que tocan el 10% (distrito de Columbia) y otros, apenas del 0,5 % (Idaho) (Jones, 2021).

La comunidad LGBTIQ+ en Colombia ha tenido grandes avances e hitos en la historia del país, este colectivo se ha convertido en un actor político relevante (Sánchez, 2017), actualmente se estima un promedio de 1,8% de población colombiana que se identifica como parte del colectivo, para brindar claridad al concepto se definirá qué significa cada una de las siglas:

L y G: "Lesbiana" & "Gay", se refiere a la orientación conocida como homosexualidad, atracción por el mismo sexo, sin embargo, debido a las diferencias en sus vivencias y características se prefiere la separación de los mismo en estos dos términos.

B: "Bisexual", también relacionado con la orientación sexual, refiriéndose a las personas que sienten atracción hacia personas de su mismo género u otras identidades de género

T: "Transgénero", es un término muy amplio que recopila varias identidades de género que no se identifican con su sexo al nacer.

I: "Intersexual", este término no se refiere a la identidad de género o la orientación sexual, se denomina a personas que nacen biológicamente con

características sexuales poco comunes o que en menor o mayor grado pertenecen un sexo u otro (refiriéndose al término binario de hombre o mujer).

Q: "Queer", este término se refiere a quienes no se identifican con los términos estrictos binarios de hombre o mujer, pueden expresar características de ambos o de ninguno

A: "Asexual", aunque no se incluye en la sigla, es importante su aclaración; este término se refiere a las personas sin orientación sexual definida, que no experimentan atracción sexual o muy poca.

+: Este símbolo no sólo alude a otras identidades no descritas, también para todas aquellas que no se describen o comparan con otras identidades.

En Colombia, se ha definido desde el año 2018, la denominada política pública LGBTI, la cual, comprende un plan de acción con 72 acciones estratégicas, de 21 entidades y que considera un total de 95 indicadores que medirán su implementación durante el período 2019 - 2022. (MININTERIOR, 2018)

Se considera un logro conceptual importante, dado que se basa en tres ejes, siendo el primero de estos, el fortalecimiento de capacidades y competencias institucionales, para la atención con enfoque diferencial.

En materia de salud definieron dos acciones estratégicas, que buscan el fortalecimiento de capacidades y de competencias institucionales para la atención con enfoque diferencial, además, el reconocimiento, garantía y acceso a derechos.

Determinantes sociales de la Salud de la comunidad LGBTIQ+

Las minorías son grupos sociales con vulnerabilidades propias de su condición de minoría, a través de los años, distintos grupos sociales, raciales, religiosos, etc. han ejercido una presión social intensa sobre estas minorías, lo que ha motivado el nacimiento de colectivos que se mueven activamente en la agenda pública y política en lucha de sus derechos; y que en incontables oportunidades se les ha vulnerado.

Los jóvenes y adolescentes pertenecientes al colectivo LGBTIQ+ tienen riesgos de su salud física y mental superiores a los de sus contrapartes heterosexuales, cómo lo refiere Vargas (2017): *"Los determinantes de tales*

resultados de salud son, por un lado, los estigmas que nacen en el seno social con la etiquetación, los estereotipos y la discriminación a grupos diferentes o minoritarios; y, lo que se conoce como el “stress o ansiedad minoritaria”, generada en las poblaciones discriminadas o etiquetadas, en razón de la exposición continua y prolongada a tales estigmas y a una categorización o posición social también deteriorada”.

Coherente también con el documento de Alegría (2011), quien pone en evidencia que estas diferencias y el “stress o ansiedad minoritaria” generan barreras de acceso a los servicios de salud por el temor a revelar su identidad ante el personal de atención en salud, y es que no es un secreto, que el género influye en los desenlaces en salud, en la calidad de vida, y en general, en muchos aspectos de la vida.

Es por esto por lo que, combatir las inequidades de género es algo que los 17 objetivos de desarrollo sustentable abordan de forma directa o indirecta, y, su relación con el desarrollo económico es indiscutible (Altuzarra, 2021), dado a que las estructuras de poder que existen actualmente en la sociedad, que jerarquizan empleos, acceso a educación e incluso resultados en salud dan pie para la aparición de desigualdades radicales.

Sin embargo, tampoco se pueden reducir los resultados a términos meramente económicos, ya que sólo es una arista de los efectos de las inequidades entre países desarrollados y en vías de desarrollo; se debe considerar que estas inequidades también tienen importantes impactos en la salud pública.

Al considerar que los roles de género se moldean en la infancia temprana y se van adaptando a la influencia del mundo exterior, los comportamientos sociales de género internamente adoptados pueden ser diferentes a los aceptados por la sociedad, lo que tiene implicaciones a lo largo del ciclo de vida de cada individuo (Tricco, 2021)

Gracias a los procesos de globalización se ha diseminado una cultura de lucha contra estas estructuras, también se han diseminado conductas y se han consolidado grupos que van en contraposición de este propósito (G. Sen, 2008)

El abordaje de los determinantes sociales es una respuesta interesante a la comprensión de este aspecto, y se interrelaciona con el abordaje de capacidades en

salud, y es que es importante enfocarse en lo que las personas pueden hacer, más que a lo que hacen, la visión medicalizada de los servicios de salud es limitada respecto a estos abordajes (Tricco, 2021), y aunque los abordajes mencionados no resuelven todos los dilemas sobre la recopilación y el uso de información sobre las identidades LGBTIQ+ en el cuidado de la salud, proporciona un punto de partida para entender más a fondo la relevancia de la identidad LGBTIQ+ y la necesidad de adaptar procesos que favorezcan las capacidades individuales y también colectivas de la comunidad (Toze, 2020).

Enfoque de Capacidades en salud en la comunidad LGBTIQ+

En la premisa elaborada por Toze (2020), quien, en su trabajo con personas mayores de la comunidad LGBTIQ+, expone las dificultades de estas personas de declararse parte de la comunidad e incluso cómo esto puede ser una amenaza para sus capacidades individuales, incluso en entornos donde existen normas y políticas que promueven la no discriminación, el autor extiende la invitación a usar el abordaje de capacidades para entender mejor las necesidades de la comunidad en distintos aspectos, lo que va en sintonía con el trabajo de Wheeler (2011), quien manifiesta de forma muy contundente que efectivamente el impacto de la estigmatización y la discriminación contra los individuos LGBTIQ+ potencia las desigualdades en el cuidado, y en lo que se refiere al acceso y a la evitabilidad de acceso a la atención, limitando su capacidad de agencia.

El contexto mencionado implica que en realidad existe una afectación en la salud de la comunidad, es por esto por lo que el entendimiento y promoción de desarrollo de capacidades de la comunidad LGBTIQ+ en los sistemas de salud es imperativo.

Las inequidades en servicios de salud en comunidad LGBTIQ+ ha sido de interés general en los sistemas de salud a nivel mundial y una cuestión de salud pública, cómo se expone en la editorial de Gil-Borrelli (2017), respecto a la situación en España, donde recalca la importancia de no sólo de abordar estas inequidades desde el contexto de las personas pertenecientes a esta comunidad cómo parte de las funciones esenciales de la salud pública, sino también de los proveedores de servicios de salud en sus distintos niveles, ya que la generación de competencias y capacidades en pro del entendimiento de las ya mencionadas aristas y definiciones

que implican la comunidad y que afectan grandemente su desarrollo y muchos resultados en salud, permitirían implementar procesos de vigilancia en salud enfocados a la comunidad.

Este último aspecto es tal vez el más relevante en relación a la problemática mencionada; Aleshire (2019) realiza una revisión narrativa respecto a las actitudes de parte de los proveedores de salud hacia la comunidad, donde se destacan interesantes resultados cómo por ejemplo que: *“Algunos médicos de atención primaria tienen percepciones negativas relacionadas con las poblaciones LGBTQ, por lo que la necesidad de una mayor investigación sobre cómo las actitudes hacia las personas LGBTQ puede afectar su atención médica y resultados en salud”*.

En general, muchos de los autores mencionados en la presente obra conjugan en la conclusión que realiza Aleshire (2019) que: *“efectivamente la comunidad LGBTIQ+ experimenta disparidades de salud a tasas significativamente más altas que la población general, y Las actitudes de los profesionales sanitarios en relación con estas poblaciones, así como otras barreras de atención médica a menudo han afectado a la comunidad”*.

Los trabajos mencionados son en su mayoría llevados a cabo en países anglosajones, en el caso colombiano existe un observatorio de la Organización no Gubernamental (ONG) *Colombia Diversa*, que lleva un promedio de 10 años realizando procesos de testimonio y exposición de violaciones a derechos humanos en contra de la comunidad, y desarrollan una interesante propuesta acerca de servicios de salud afirmativos para personas de la comunidad LGBTIQ+ e identifican una serie de barreras normativas para el acceso a los servicios de salud (Diversa, 2010), sin embargo, los datos existentes no son contundentes asociados a la caracterización de las mencionadas inequidades, lo que expone la necesidad de realizar una abordaje a la problemática en el país y generar mayor evidencia acerca de estas barreras e inequidades

El país y el sitio geográfico que compete a esta investigación; Bogotá, Colombia, ha sido una ciudad vanguardia en temas LGBTIQ+, iniciando con contar con la única mandataria abiertamente LGBTIQ+ como actual alcaldesa, con el inicio de la formulación y articulación de la política pública para la garantía plena de

derechos de las personas LGBTI y sobre identidades de género y orientaciones sexuales desde el 2020.

En el 2019 se generó un documento producto del asocio con el fondo de las naciones unidas para la poblaciones (UNFPA), la Organización panamericana de la salud (OPS) y la secretaría de salud de Bogotá de lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI, que aunque documenta gran parte del fenómeno, resalta: *“a pesar de la comprensión de salud de forma integral e interdependiente, no es posible mostrar las necesidades en salud con base en dicha perspectiva por cuanto la información sobre los derechos de las personas LGBTI no se presenta de manera integrada o no hay registros adecuados que den cuenta de tal integralidad, al respecto en salud se mantiene la visión de riesgo, enfermedad y daño”*, en esta medida y con las limitaciones mencionadas, genera una serie de recomendación para el personal de salud y los servicios de Salud, sin embargo, éstos son mayoritariamente orientativos y se percibe que poco se han reflejado en la realidad de los servicios de salud de la ciudad. (UNFPA, 2019).

Adicionalmente, la alcaldía cuenta con una subdirección para asuntos LGBTI de la secretaría de integración social que ha motivado iniciativas importantes en la ciudad como el impulsar los centros de atención integral a la diversidad sexual y de géneros (CAIDSG) como unidades operativas que favorecen e incentiva programas artísticos y culturales, orientación psicosocial, entre otras opciones para la comunidad.

Metodología

Este estudio se fundamenta en métodos cualitativos y cuantitativos, buscando ser una investigación de índole explicativa y descriptiva; específicamente de tipo fenomenológico en el aspecto cualitativo, que tiene como fin entender y exponer las inequidades en los servicios de salud de Bogotá, Colombia para una cohorte de personas pertenecientes a la población LGBTIQ+.

La presente metodología está inspirada en trabajos realizados por diferentes organizaciones sociales alrededor del mundo y por el trabajo de Soon (2020), que

reconocen la importancia del estudio de la salud de esta población en la búsqueda de una sociedad más igualitarias.

Se realizó la operativización de tres variables y sus respectivas dimensiones; primero que todo se tomarán en cuenta un grupo de indicadores demográficos, con el fin de conocer el contexto de la población a estudiar y su entorno, posteriormente se estudian los indicadores de la variable de cobertura en salud, esto con el fin de definir una base respecto a los servicios de salud a los cuales tiene acceso la comunidad LGBTIQ+ en Bogotá, Colombia; dentro de este apartado se aborda un aspecto de calidad de servicios de salud en el contexto de las quejas manifiestas a dichos servicios, más no aborda otros parámetros propios de la medición de la calidad en salud dada la alta complejidad operativa que esto implicaría para el estudio, y porque se considera que hay muchos aspectos de la medición de la calidad en salud que podrían salir de los objetivos del estudio.

Por último, la variable sentido de pertenencia y discriminación que busca entender las inequidades/desigualdades en salud, evaluando dimensiones de participación, discriminación y adaptabilidad de los servicios de salud a su identidad de género/orientación sexual; este último es clave en la consecución de los objetivos de la presente investigación ya que se evalúa el grado de pertenencia y apropiación que existe por parte de la comunidad en los servicios de salud.

Tabla 2. Variables, Dimensiones e Indicadores

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Demográficas	Edad	Rango de edad
	Espectro de Género	Género asignado al nacer
		Identidad de género
		Orientación sexual
	Educación	Años de escolaridad
	Ingreso	Rango de Ingresos económicos individuales

		y/o familiares
	Empleo	Estado laboral (empleado, independiente, trabajador informal)
	Vida en pareja	Estado civil
Cobertura en Salud	Afiliación al sistema general de seguridad social en salud	Porcentaje de personas afiliadas al SGSSS
	Acceso a servicios de salud diferenciados y en promoción y prevención en salud	Ha tenido consultas o asesorías de promoción y prevención por sujeto (incluye educación sexual y de ITS)
		Acceso a proceso de reasignación de sexo (si aplica)
	Morbilidad	Porcentaje de la población con patologías crónicas.
	Calidad de servicios de salud	Número de quejas transmitidas a los servicios de salud por motivo de discriminación a causa de su orientación sexual o identidad de género
Sentido de Pertenencia y discriminación	visualización de Discriminaciones	Porcentaje de personas que afirman que se siente maltratada o discriminada

		por su orientación sexual o identidad de género en los servicios de salud
	Acciones encaminadas a conductas no discriminatorias	Participación o conocimiento de programas dirigidos a eliminar la discriminación y estereotipos por la orientación sexual e identidad de género
	Adaptabilidad de servicios de salud	Percepción de capacitación de los profesionales y personal de servicios de salud respecto al espectro de género

Este estudio se fundamenta en métodos cualitativos y cuantitativos, buscando ser una investigación de índole explicativa y descriptiva que tiene como fin entender y exponer las inequidades en los servicios de salud de Bogotá, Colombia para una cohorte de personas pertenecientes a la población LGBTIQ+.

Se validaron los instrumentos cualitativamente mediante la revisión por parte de expertos, tanto en la asesoría inicial de esta tesis durante la cursada de la maestría, la cual fue aprobada para su ejecución, seguidamente fue revisada por el director de este trabajo, en los dos casos se considera la revisión de académicos de importante prestigio, seguidamente se realizó una prueba piloto con un grupo de 5 profesionales (profesionales de la salud y de las ciencias sociales y económicas) en ambos casos se consideraron los instrumentos aplicables y reproducibles desde su contenido, criterio y constructo, se armó un instrumento propio para ambos casos, dado que aunque existen trabajos similares, ninguno evaluaba todas las variables que

se buscaban en el presente estudio, considerando la presente metodología como novedosa y aplicable para trabajos similares que se puedan realizar en el futuro.

La presente metodología está inspirada en trabajos realizados por diferentes organizaciones sociales alrededor del mundo y por el trabajo del UNFPA, 2019, que reconocen la importancia del estudio de la salud de esta población en la búsqueda de una sociedad más igualitaria.

Una primera parte abordó lo concerniente al contexto actual de la prestación de servicios de salud en Colombia y en la ciudad, y cómo éstos se están adaptando (o no) a lo que busca y necesita la población LGBTIQ+, y, con el fin de comparar el grupo poblacional de interés con la población general, las variables de interés serán analizadas de manera cuantitativa, comparando variables continuas y categóricas a través de tasas y proporciones entre población LGBTIQ+ y población general.

En esta primera parte se usó una encuesta, que se basa en cuestionarios autoadministrados, los cuales fueron difundidos en línea con la plataforma Google Forms, que se encontraba en la dirección: <https://forms.gle/Dkj1Avz4XCrp2FmM7> (Ver anexos), en este se recolectaron las variables previamente denominadas como demográficas y de cobertura en salud a un total de 50 individuos que voluntariamente quisieron llenar la encuesta, la información obtenida se contrastó con los datos recientes publicados en Colombia por fuentes oficiales como el instituto nacional de salud, el ministerio de salud y el DANE.

Los criterios de selección para esta parte de la investigación, es decir, el perfil de las unidades de análisis es: 1. Vivir en la ciudad de Bogotá, Colombia, 2. Tener una edad mínima de 14 años, sin una edad máxima, 3. Que los sujetos se identifiquen cómo parte del Colectivo LGBTIQ+.

En la segunda y tercera parte se abordó mediante técnicas cualitativas la variable denominada sentido de pertenencia y discriminación.

Se realizaron dos grupos focales de tipo tradicional mediante una reunión a través de la plataforma Google meet, de la cual participaron previa firma del consentimiento informado y acuerdo de la grabación de estas.

La segunda parte del estudio se realizó mediante un primer grupo compuesto por un total de 5 personas de la comunidad LGBTIQ+ escogidas mediante un muestreo aleatorizado de la población que llenó la encuesta en línea desarrollada durante la primera parte, y, que, en el formulario, hayan aceptado el posterior contacto para la participación en esta parte del proceso.

Desde la perspectiva metodológica, el componente cualitativo es la mejor forma de entender un fenómeno cómo este, el cual está poco estudiado en el entorno en el cual se va a desenvolver, así pues, mediante estas dos primeras partes se pretende identificar las principales fuentes de discriminación o inequidades que perciben los participantes de la población LGBTIQ+ en la ciudad, que tipo de necesidades en la atención han presentado, que posibilidades y capacidad de agencia tienen actualmente para modificarlos y cómo los servicios de salud se han adaptado actualmente a sus necesidades puntuales.

En la tercera y última parte, se realizó un segundo grupo focal con un total 6 profesionales de la salud con diferentes cargos asistenciales y directivos en diferentes agentes del sistema de salud involucrados en la problemática a estudiar, considerando su punto de vista de gran importancia para entender el fenómeno desde el contexto de los aseguradores, prestadores y empresas privadas de servicios de salud (oferta).

A través de un muestreo propositivo se seleccionarán los perfiles de los participantes de esta parte de la investigación, intentando mantener la heterogeneidad de los grupos, siendo cada uno de ellos de diferentes centros de atención de Bogotá, con variados modelos de atención y diversidad de poblaciones que atienden, los perfiles seleccionados son:

- Un enfermero jefe, coordinador de una ONG de salud, se selecciona este perfil, porque desde la organización se realiza la atención, seguimiento y gestión interinstitucional de diferentes tipos de poblaciones, entre ellos los miembros de la comunidad LGBTIQ+.
- Una odontóloga, coordinadora de un programa de especialización y maestría en Salud Pública, se selecciona este perfil buscando conocer los puntos de vista desde la academia, frente a la formación de los

profesionales que podrían llegar a ser constructores políticas y proyectos en salud.

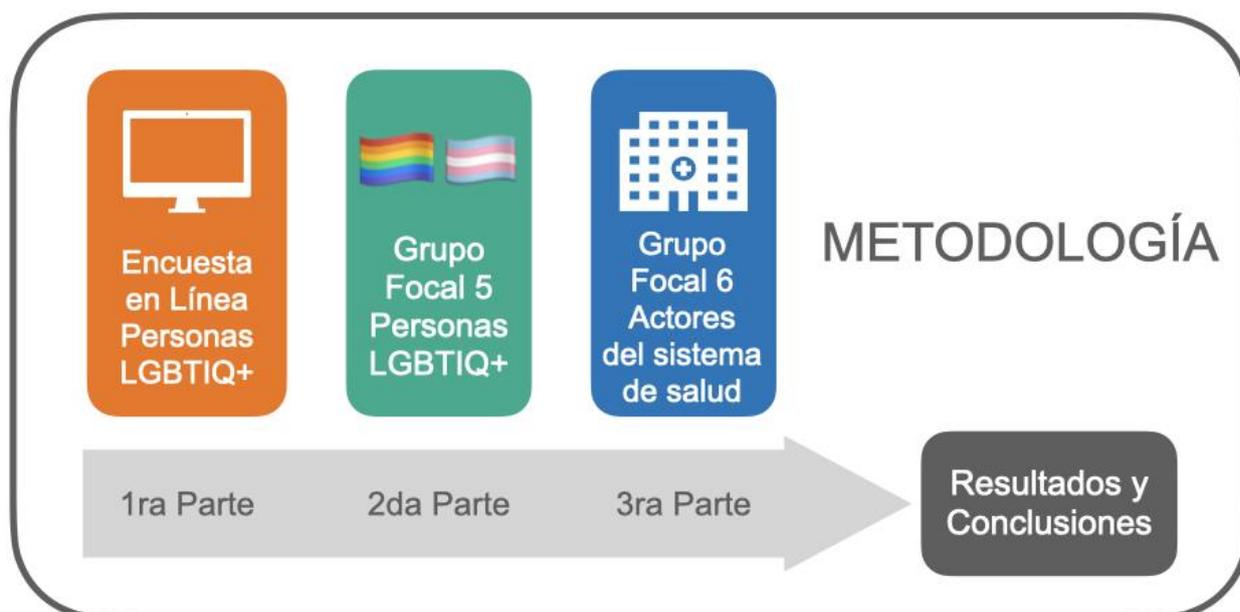
- Un médico cirujano, director médico de una IPS domiciliaria, se selecciona este perfil, debido a que trabaja directamente en la atención a pacientes, entre ellos personas LBGTIQ.
- Una médica, coordinadora de auditoría en una aseguradora privada y,
- Un médico de enlace científico de una empresa farmacéutica, se escogieron estos dos últimos perfiles, porque es pertinente conocer las acciones realizadas desde los sectores privados en favor de la accesibilidad de sus servicios al colectivo LBGTIQ+.
- Una psicóloga especialista en salud infantil y de los adolescentes, este perfil se incluyó por la importancia del impacto a este grupo poblacional, en la disminución de la discriminación a las poblaciones minoritarias.

Específicamente en el caso de los grupos focales, la transcripción de los audios se realizó de manera literal en formato Word; con el propósito de proteger el anonimato de los participantes todos los nombres se modificaron.

Se emplea como método el análisis de contenido, con base a una codificación abierta, axial y selectiva y posteriormente se empleará la triangulación de datos.

En esta parte se buscó entender los modelos de atención en salud a la comunidad LBGTIQ+ y, adicionalmente, el grado de sensibilidad y preparación técnica que tienen los perfiles mencionados en lo que respecta a la atención diferenciada de la población en cuestión, y, adicionalmente, conocer desde su experiencias propuestas o alternativas que encuentren valiosas en pro de mejorar los modelos de atención para esta población.

Figura 1. Resumen de la Metodología



El racional de la triangulación metodológica planteada en esta investigación es limitar los posibles sesgos, como ocurre en los estudios cualitativos pueden existir sesgos propios del análisis derivado de la perspectiva misma del investigador derivada de su origen étnico, estatus socioeconómico, nivel de educación, orientación sexual, etc.

Resultados

Considerando el carácter mixto de esta investigación, se presentarán inicialmente los datos del componente cuantitativo, que dará entendimiento respecto a la población encuestada y además responde algunos de los objetivos planteados en esta investigación que busca conocer sobre las inequidades en servicios de salud para la población LGBTIQ+ en Bogotá, Colombia.

Variables Demográficas

De la población encuestada, el 72,7% se encuentran en el rango de los 27 a 59 años, el restante se encuentra en el rango de 14 a 26 años, adicionalmente, el 90% de los encuestados es del género masculino y el total de los encuestado es cisgénero, también se encontró que la mayoría (75%) de los encuestados identifica su orientación sexual como Gay, se encuentra que adicionalmente la mayoría de las personas que llenaron la encuesta se encuentran en nivel académico de posgrado y tienen salarios en los rangos más altos, esto podría significar un sesgo poblacional a tener en cuenta en estos resultados (ver tabla 3).

Tabla 3. Variables Demográficas de la población encuestada

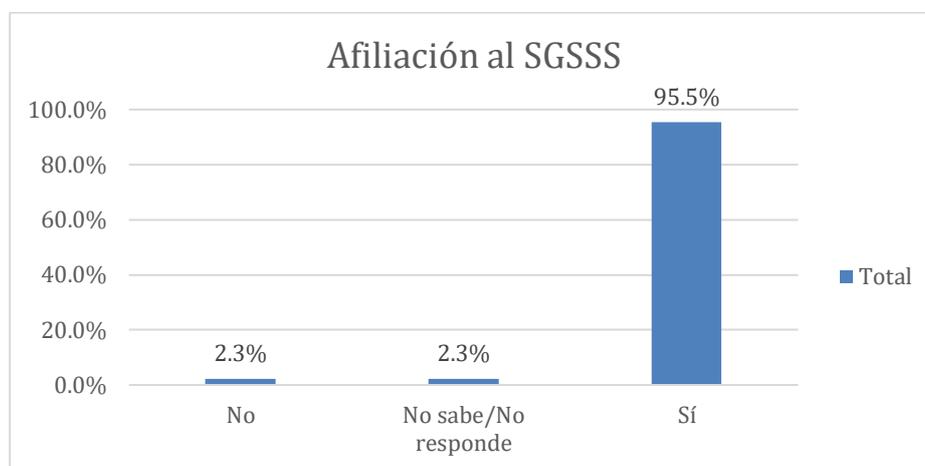
INDICADOR	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Edad		
14 a 26 años	12	27,3
27 a 59 años	32	72,7
Sexo Asignado al Nacer		
femenino	4	9,1
masculino	40	90,9
Orientación Sexual		
Bisexual (atracción por ambos sexos)	4	9,1
Gay	33	75,0
Lesbiana	4	9,1
no estoy segur@	2	4,5
Pansexual (atracción por muchas identidades de género)	1	2,3
Identidad de género		
Cisgénero (se identifica con el sexo asignado al nacer)	44	100
Nivel Académico		
Bachillerato completo	5	11,4
Especialización, Maestría o Doctorado	20	45,5
Profesional o Licenciatura	8	18,2
Técnica o Tecnología	11	25,0
Rango de Ingresos (en SMMLV)		
De 1 a 2 SMMLV	1	2,3
Entre 1 hasta 2 SMMLV	10	22,7
Más de 2 hasta 5 SMMLV	5	11,4
Más de 5 SMMLV	19	43,2
Menos de 1 SMMLV	6	13,6
No tengo ingresos o soy dependiente	3	6,8
Situación Laboral		
Me encuentro sin empleo en este momento	9	20,5
No tengo un trabajo estable o trabajo de forma informal	1	2,3
Tengo un empleo mediante un contrato de trabajo	30	68,2
Trabajo de forma independiente	4	9,1
Estado Civil		
Convivo con mi pareja pero sin ningún estado civil legalmente const	7	15,9
Me encuentro en lo denominado como unión libre (mediante una un	4	9,1
Me encuentro legalmente casad@ con mi pareja permanente	4	9,1
Me encuentro solter@	29	65,9
Total general	44	100

Variables de Cobertura en Salud

Respecto a las variables de cobertura en salud, se encuentran datos coherentes con las cifras nacionales, que estiman una cobertura general nacional actual en el país mayor al 95%, sin embargo, inferior a las cifras de datos de

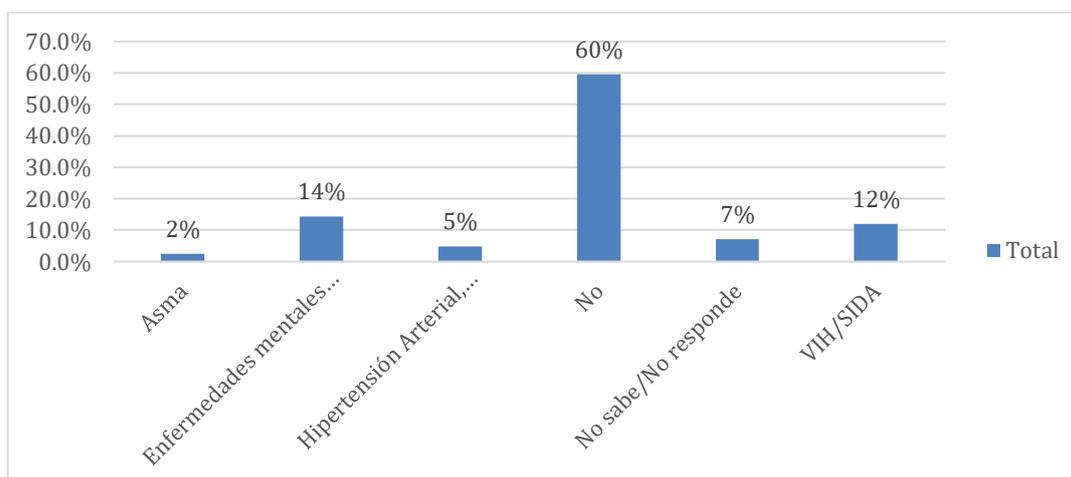
ministerio de salud, que estiman una cobertura para Bogotá cercanas al 100% (Ver figura 2).

Figura 2. Porcentaje de los encuestados afiliados al SGSSS



Respecto a la caracterización del estado de salud de la población encuestada en relación con enfermedades crónicas, se observa que el 60% de quienes respondieron la encuesta no presentan enfermedades crónicas, sin embargo, se encuentra que continúan en frecuencia las enfermedades mentales y posterior el VIH/SIDA (Ver Figura 3).

Figura 3. Porcentaje de enfermedades crónicas



Considerando los resultados mencionados, es importante recalcar el hecho que exista un porcentaje (aunque muy inferior) de personas de la población LGBTIQ+ sin afiliación al sistema de salud, y que existe un porcentaje de casi 33% de personas con alguna patología asociada, sin embargo, y a pesar de número de cobertura relativamente buenos en la muestra estudiada, es interesante el hecho

que el 59% de los encuestado no ha accedido nunca a servicios de promoción y prevención de cualquier tema (ver figura 4), este porcentaje podría relacionarse con datos de cobertura básica más no efectiva, que al ver la figura 5, podrían reforzar esta hipótesis, dado que al preguntarles a los encuestados si consideraban difícil el acceso a los servicios de salud el 43% respondió que sí.

Figura 4. Porcentaje de Personas que han accedido a servicios de promoción y prevención

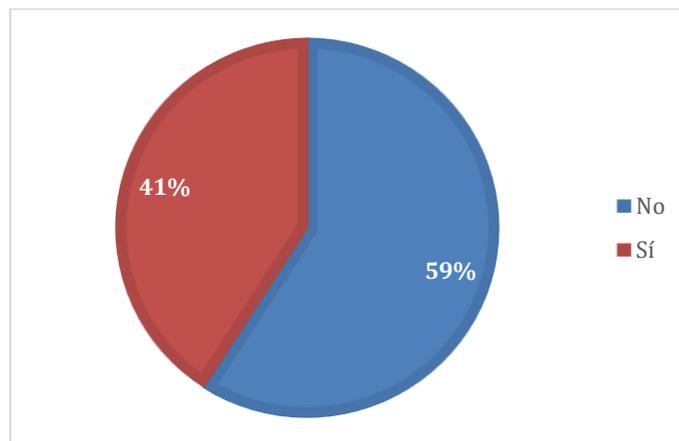
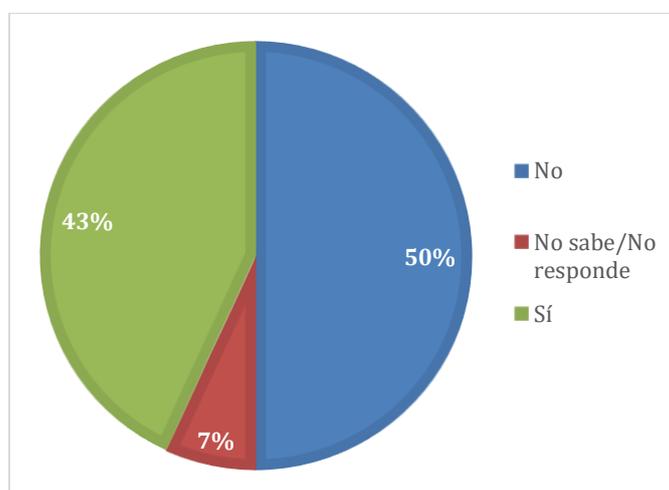
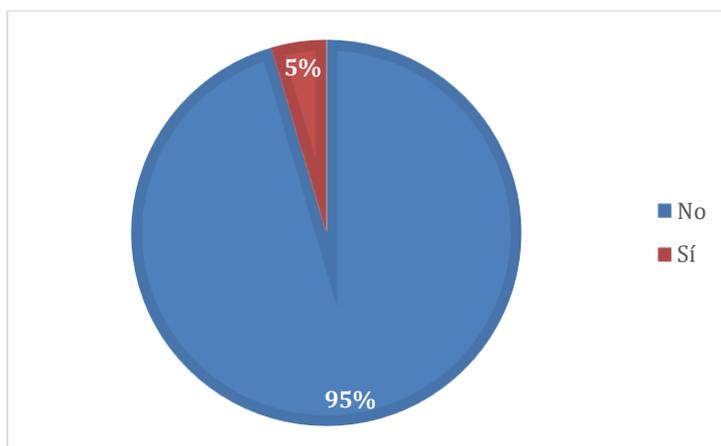


Figura 5. Porcentaje de personas que consideran difícil el acceso a los servicios de salud



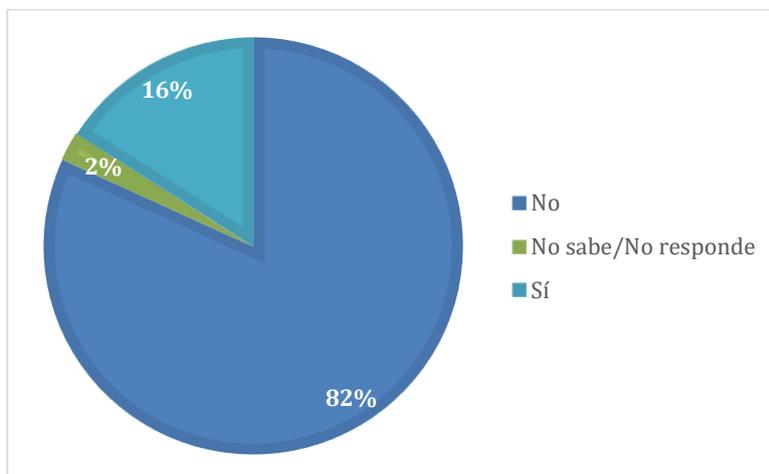
Al cuestionar sobre la calidad de los servicios de salud a los participantes de la encuesta, se encuentra que un muy bajo porcentaje (5%), (ver tabla 6), han interpuesto alguna vez una queja ante los servicios de salud.

Figura 6. Porcentaje de personas que alguna vez han interpuesto quejas ante servicios de salud



Pero al preguntar acerca de si alguna vez han experimentado algún tipo de discriminación secundaria a su orientación sexual en los servicios de salud, la figura 7 muestra que un total de 16% de los encuestado respondió que sí, fenómeno que llama la atención, considerando que el porcentaje de quejas es mucho menor.

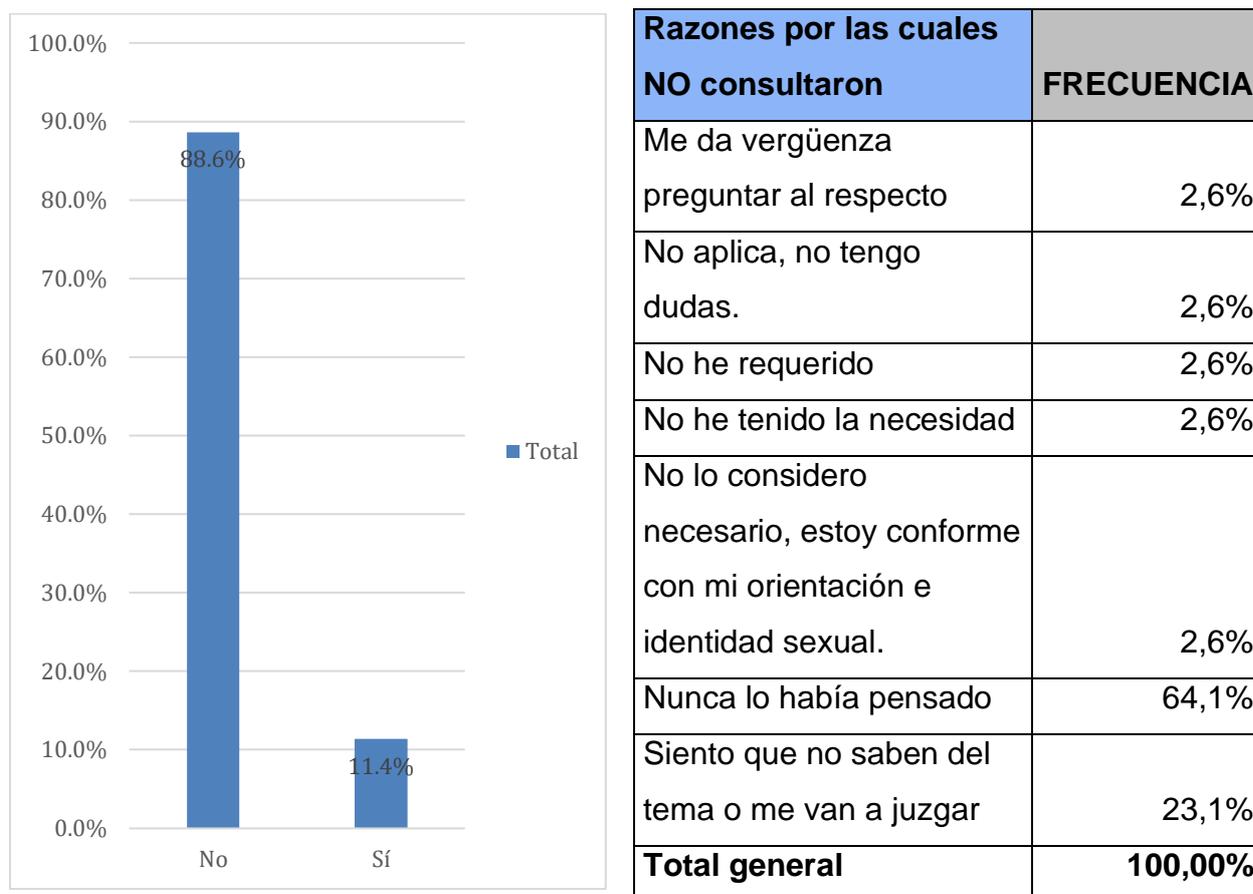
Figura 7. Porcentaje de personas que han experimentado algún tipo de discriminación en los servicios de salud



Variables de Sentido de Pertenencia y Discriminación

Por último, se preguntó a los encuestados si alguna vez habían consultado a los servicios de salud para aclarar dudas sobre su orientación sexual o identidad de género, a lo cual más del 80% respondió que no, y al indagar respecto al motivo por el cual no lo realizaron, se encuentra que la mayoría de los que respondieron que no, o nunca lo habían pensado o sienten que no sabrían del tema o que los juzgarían.

Figura 8. Porcentaje de personas que consultaron a los servicios de salud en temas de orientación sexual o identidad de género



Cómo se mencionó previamente, se considera que existe un posible sesgo poblacional en las encuestas mencionadas, lo que soporta la importancia de contrastar los resultados previamente mencionados con los encontrados en los grupos focales, sin embargo, se ampliará esta discusión más adelante.

Continuando con los resultados del componente cualitativo, el cuál comprendía la segunda y tercera parte de la metodología llevada a cabo para desarrollar el presente trabajo, a continuación, se desglosan los hallazgos de este:

Discriminación en los servicios de salud, desde la mirada de los usuarios

“Y uno ve a personas que les ha pasado cosas terribles, entonces uno dice eso a mí no me han pasado, ¿entonces no he sido discriminado?”

Tomás, miembro de la comunidad LGBTIQ+

Es así, como algunos usuarios asocian la discriminación con las formas más explícitas y violentas, un golpe o insulto hacia una persona en la calle y aquellas niveles más sutiles, que se pueden dar en los espacios normados del sector salud, por ejemplo un comentario o un cambio en el direccionamiento de la consulta por parte de profesional, al enterarse que el paciente es gay, son asumidos por parte del sujeto hacia el cual va dirigida la acción, como una situación particular y no lo asocia como un acto discriminatorio, aunque posteriormente puede llegar a esta conclusión cuando reflexione frente a lo sucedido.

“Pues creo que no me ha pasado en el servicio de salud como tal, ósea aparte de eso de pronto que les dije, que como que me comenzó a formular exámenes y cosas y yo me quede como what, pero como tal que yo haya visto miradas, o que el medico haya cambiado su forma de hablar, o que haya hecho otra cosa pues que uno diga ...más bien como que me paro y me voy...no, de pronto si, pues no sé, cómo dice Tomás, pues que a veces uno no las capta y de pronto alguien por ahí tiro un vainazo”

Julio, miembro de la comunidad LGBTIQ+

Los actos discriminatorios dentro de los servicios de salud se pueden agrupar en dos componentes, uno humano y otro documental. El componente humano, hace referencia a las acciones realizadas por parte del personal de la salud, que tienden a no respetar la diversidad en las identidades de género y orientaciones sexuales y hacen asociaciones negativas de las mismas. El componente documental, representa la documentación que esta normada bajo unos parámetros, que no dan cuenta de estas diversidades.

Dentro el componente humano, se encuentra:

- a) Reorientación de la consulta, por parte del profesional, hacia enfermedades de transmisión sexual, cuando se enteran de que él o la paciente tienen una orientación sexual no heterosexual-binaria

“...yo en algún momento tuve que comentar, en ese sentido soy como muy reservado y lo que se sintió por parte del profesional de la salud, fue que en un momento es que hace como si la consulta tuviera una desviación, como si el hecho de ser parte de la comunidad, la consulta se encaminaba por otro lado...”

Santiago, miembro de la comunidad LGBTIQ+

Debido a que el sexo anal es considerado como un factor de riesgo, los hombres gay y bisexuales, son calificados con mayor grado de exposición a contraer enfermedades de transmisión sexual. Es así como los programas y demás direccionamientos buscan la disminución del contagio y trasmisión de este tipo enfermedades, sin embargo, el abordaje por parte de algunos profesionales respecto al tema tiende a hacer una asociación negativa, y por lo tanto sin importar el motivo de consulta del paciente redireccionan la consulta hacia las ITS.

''alguna vez si me pasó ... que cuando le preguntan eso a uno, empiezan pues bueno le voy mandar unos exámenes y uno por qué ósea yo vine fue por una gripa, y no que me dijeran que yo tengo otra vaina, VIH u otra vaina, pues yo simplemente fui por una gripa y pues entonces ...te voy a enviar unos exámenes de todo, de tiroides, de VIH, de sífilis, de gonorrea..... ósea todos esos exámenes sin yo pedirlos, pues yo tenía como no sé 18 o 20 años, no me acuerdo cuantos años tenía y pues claro, yo me timbre mucho, me asusté...''

Julio, miembro de la comunidad LGBTIQ+

b) No nombrar a la persona con el género, pronombre personal y el nombre con el que se identifican.

Las personas trans y no binarias se enfrentan a una mayor segregación para lograr integrarse a la sociedad.¹ Durante el proceso de atención a un paciente de la comunidad LGBTIQ+, la discriminación se puede dar por no nombrar a la persona de acuerdo con el género, pronombre personal (él, ella, elle) y nombre con el que se identifica.

''....pero sí creo que todavía por lo menos en eso, en lo que tiene que ver con personas trans todavía estamos lejos de que los servicios de salud estén sensibilizados con las características y las particularidades de las personas trans y es más como un tema de sensibilidad, como vea es que usted por ejemplo trata a la persona como la persona diga que lo trate o que la trate y eso parece una cosa

¹ Aunque en el grupo focal, no hubo participación de sujetos no binarios y trans, quienes hicieron parte del encuentro, dan cuenta de los obstáculos, limitaciones y discriminaciones, que sufren sus compañeros de comunidad.

menor, pero es una cosa muy importante para ellas y ellos, que los traten como quieren que los traten...sobre todo la denominación.....”

Tomás, miembro de la comunidad LGBTIQ+

- c) Demoras en los servicios por parte del personal encargado, cuando identifican a una persona LGBTIQ+

El colocar obstáculos en el acceso a los servicios o en la atención a una persona por el hecho de identificarse como miembro de la comunidad, además de ser un acto de discriminación, es una violación a sus derechos fundamentales, y puede generar una situación de riesgo para la salud del paciente.

“El tema donde también, se puede encontrar la inequidad, es en el sistema de urgencias, en algo que es super prioritario, pero requiere el tema de triage, donde puede llegar a existir un sesgo por parte de quien está en el momento de turno y darle prioridad a otra persona que no la tenga, pero que, si la tenga otro que aparentemente parezca de la comunidad LGBTIQ, entonces en ese tema de urgencias es el tema como más delicado, porque está en riesgo la vida...”

Aníbal, miembro de la comunidad LGBTIQ+

- d) Comentarios discriminatorios del personal de la salud, hacia una persona LGBTIQ+

Palabras, frases, comentarios en tono de burla y despectivos por parte del personal del servicio de salud hacia una persona LGBTIQ+ por la manera de vestir, caminar, hablar, interactuar, entre otros, puede generar que la persona se sienta cohibida, además de violentada, irrespetada y esto impedirá que su atención sea plena y efectiva.

“...pero llega un paciente, llega alguien con su pareja o algo y ahí si empiezan como hablar a las espaldas, yo creo que en ese sentido si falta de cultura claramente y falta como también como respetar un poquito, hablo mal del paciente, pero el enfermero el medico que es gay super chévere, jodemos y de más, entonces también es como falta de eso y también de ética claramente”

Santiago, miembro de la comunidad LGBTIQ+

El hacer este tipo de comentarios, así la persona afectada no los escuche, da cuenta de una falta de empatía y respeto hacia los pacientes de parte del personal de los servicios de salud.

En el componente documental, se encuentran:

- a) No inclusión en los formatos, de una opción de identidad de género, distinta a la hetero normada

Los distintos formatos empleados en los servicios de salud son diseñados bajo una lógica que aborda la identidad de género, desde el binarismo, la heterosexualidad y el cisgénero, dejando por fuera a unas minorías que se identifican como no binarias y transgénero o transexuales.

“...pues por lo menos desde hace unos años, ahora está como más en la conversación decir que una persona es trans, o que una persona se está hormonizando, o qué está haciendo algún procedimiento, o qué bueno no se siente acorde con su cuerpo, pero pues tú vas a ver y los únicos dos géneros que hay es hombre o mujer cuando vas a llenar algo en el sistema de salud...”
Julio, miembro de la comunidad LGBTQ+

- b) Mantener los datos personales (nombre y género) en las historias clínicas y otro tipo de documentos, hasta que legalmente hayan sido modificados en la cédula.

La resolución número 1995 de 1999, establece las directrices de las historias clínicas; en el capítulo II, artículo 6 denominado apertura e identificación de la historia clínica, se estipula que la identificación en dicha historia se hace con base al número del documento de identidad del paciente, es decir la cédula de ciudadanía, la tarjeta de identidad y el pasaporte o número de cedula de extranjería (Normas para el manejo de la Historias Clínicas, Resolución 1995 de 1999). Por tanto, para realizar un cambio de nombre o sexo en una historia clínica, se requiere que haya una modificación en el documento de identidad, en el país, esto se puede realizar desde el año 2015, por medio del decreto 1227, donde se aprueba la modificación del sexo y el nombre en la cédula y se dictan los procedimientos para hacerlo.

En este contexto los sujetos trans y no binarios que quieran hacer un cambio de nombre y sexo en la historia clínica, no lo pueden llevar a cabo hasta que el

documento de identidad haya sido modificado y esto en Colombia puede demorarse más de lo estipulado por la ley; es así como dicha persona puede sufrir una vulneración de sus derechos y del reconocimiento como individuo, lo cual conduce a un acto discriminatorio al no ser nombrado en la historia clínica con el sexo y nombre con el que se identifica

“...es el tema del nombre, digamos en las bases de datos.... las historias clínicas...los registros que tienen las EPS y deberían dar cuenta del nombre, con el que la persona se identifica..... realmente es una cosa de un sentir de una población que ha pasado por un montón de dificultades y que lo que menos quieren es que anden vestidos con una identidad de género femenina y lleguen y les digan quiubo don Tomás.... eso es una cosa que pueden implementar fácilmente, pero realmente los sistemas de salud no lo hacen, porque hay un montón de construcciones ahí detrás de eso y seguramente porque se defienden en que la ley no lo obliga, pero si hay tanta cosa como ahí distintita no tanto para uno como gay, pero si para otros grupos de los sectores LGBTI que sufren más o tiene más estas necesidades...”

Tomás, miembro de la comunidad LGBTIQ+

“Pues, sí me ha tocado obviamente decirlo, creo que a todos nos ha tocado decirlo (risas) por lo menos si me ha tocado a mí y pues la verdad, no nunca he sentido discriminación, por parte de ninguno, ni me he sentido pues incómodo, ni me han mirado feo y pues uno va cogiendo una confianza, por así decirlo y ya no le da a uno miedo, ni nada de expresarse y decir pues si “soy gay”, pero no he tenido una experiencia mala, o que me haya sentido mal’...”

Julio, miembro de la comunidad LGBTIQ+

Esta reducción en la discriminación depende de factores etarios, familiares, culturales, religiosos, sociales, económicos, geográficos, educativos, que varía de una región a otra, es así como ciertas comunidades son más conservadoras y por ende sus individuos tienen mayores prejuicios frente al tema de la diversidad sexual. Mientras que, en otras zonas del país, como por ejemplo Bogotá hay una mayor confluencia de pensamientos, ideologías, creencias religiosas, entre otras, además de que conviven personas de todo el país, lo cual permite que sus ciudadanos

tengan un pensamiento más liberal y acepten la diversidad de manera natural o más fácilmente.

Dichos factores, anteriormente citados, también permiten que algunas personas gocen de ciertos privilegios como tener un estatus social alto, un reconocimiento y respeto por parte de sus pares y comunidad en general, así como acceso a mejores servicios, por tanto, la relación del sujeto con el entorno puede hacer que no sientan discriminación en los servicios de salud.

“Bueno, por mi lado las reacciones nunca han sido malas, pues igual fue muy reciente...sobre todo porque íbamos los dos, después de eso Sergio que es básicamente el médico de cabecera, nos pregunta por los dos, pues cuando uno va pregunta por el otro y viceversa. Entonces me he sentido como apoyado, igual con los especialistas ahí en la torre médica entonces no he ido a otros, que pueda tener otra experiencia en ese tema de salud”
Aníbal, miembro de la comunidad LGBTIQ+

Por otro lado, hay personas de la comunidad LGBTIQ+, que, por sus vivencias personales, la manera en cómo se interrelaciona con su entorno y su estado de salud, no han tenido la necesidad de exponer su identidad sexual en los servicios de salud y aunque reconocen que de manera implícita los profesionales, saben cuál es su orientación sexual, han sentido siempre un trato respetuoso y sin perjuicios por parte de ellos.

“Bueno, yo realmente nunca lo he tenido que referir, yo simplemente he ido a consultas médicas, siempre he tenido una buena aceptación...mejor dicho yo nunca he tenido un conflicto con el tema, no para nada y tampoco es que lo esconda, pero tampoco nunca he tenido que referirlo tampoco y todo a estado bien siempre”
Natalia, miembro de la comunidad LGBTIQ+

Programas de promoción y prevención de salud, visibilizados por miembros de la comunidad LGBTIQ+

La promoción y prevención en salud, parte de acciones e intervenciones dirigidas hacia sujetos y comunidades, que buscan generar autocuidado, adquirir y mantener hábitos y estilos de vida saludables, además de entrever factores de riesgo

por grupos poblacionales y realizar las medidas necesarias para evitarlos o disminuirlos (Álvarez, 2013).

Estos tipos de programas en ocasiones son desconocidos o muy pocos visibilizados, por parte de las personas LGBTIQ+², lo cual se debe a limitantes de horario y cobertura, se realizan campañas esporádicamente o por celebrar ciertas fechas, además algunas se llevan a cabo en horarios en los que la participación de miembros de la comunidad es mínima, y los canales o medios por donde hacen las convocatorias no alcanza a llegar a toda la población objeto.

“...he visto actividades, campañas escasas, digamos así en el mes del orgullo donde sacan su carpa, donde dicen ‘‘miren que estas son las cosas en las que usted debería guiarse, mire que usted tiene estos beneficios y usted puede acceder a este tipo de cosas’’, pero son muy escasos en los que realmente hay algo continuo...”

Aníbal, miembro de la comunidad LGBTIQ+

También se debe tener presente que hay sujetos que, aunque se asumen con una identidad y orientación sexual no hetero binaria, son muy reservados frente al tema y cuentan con un círculo de amigos muy cerrado, por lo cual al no encontrar información visible por parte de las EPS a la que pertenecen o alguna otra institución dentro de su territorio, así como tampoco en su entorno social, no tienen acceso a dichos programas.

“Yo opino lo mismo que Aníbal, ósea, no me entero nunca, de pronto porque no estoy muy relacionada con otras personas, o porque relativamente estoy sola por acá ... no tengo como un grupo con el que yo de pronto pueda estar identificada, que me llegue alguna comunicación, yo realmente nunca, sí sé que hay brigadas, de pronto se hace una gestión de brigadas, pero por lo que uno escucha en televisión o de pronto una noticia, pero de resto no realmente”

Natalia, miembro de la comunidad LGBTIQ+

² Se observa que el 60% de los participantes desconocen o saben muy poco de programas de pyp, enfocados la comunidad LGBTIQ+

Ahora bien, los programas de promoción y prevención, conocidos por miembros de la comunidad LGBTIQ+, giran en torno a la prevención de las ITS, entre dichos programas se encuentran:

a) Entrega de condones e intervenciones cortas

En espacios como universidades, parques u otros escenarios, se pueden encontrar a gestores, repartiendo condones e información acompañada de un corta charla o taller, sobre el cuidado y la prevención de las ITS.

“...en la universidad pasaba como que de pronto llegaba alguien a repartir condones y como para darte algo así como de prevención y toda la cosa tenían talleres a veces, pero pues algo como muy breve...”

Julio, miembro de la comunidad LGBTIQ+

b) Actividades de prevención de ITS, en sitios nocturnos

En bares y discotecas muy ocasionalmente hacen intervenciones por medio de distinto tipos campañas, que buscan disminuir el riesgo de infección de ITS.

“...he pues visto y como dice Julio que esta uno como rumbeando y llegan y dicen como “ven no sé qué”. Hubo una época de un pico de sífilis creo que fue y estuvieron poniendo en los bares como unos letreritos que decían como “si lo vas a chupar, chúpalo con condón” y cosas de esas...”

Tomás, miembro de la comunidad LGBTIQ+

c) Dispensadores de condones en sitios de entretenimiento nocturno, de la comunidad LGBTIQ+

En discotecas, bares, entre otros sitios nocturnos, existen dispensadores de condones con información respecto a su uso y la importancia como método de prevención, estas campañas se acompañan de la tecnología y se observa que la información se encuentra en códigos QR.

“...sé que dentro de las discotecas ahora, pues desde hace años tienen como unos dispensadores en donde tú puedes sacar condones, tienen también como un QR, que tú puedes escanear para para ver como síntomas de enfermedades y cosas

así, pero pues son promovidos por otro tipo de organizaciones, fundaciones o cosas así...''

Julio, miembro de la comunidad LGBTQ+

- d) Servicios de toma de muestras gratis para la detección de algún tipo de enfermedad de transmisión sexual

Por parte de algunas fundaciones, IPS, EPS y otro tipo de organizaciones, se llevan jornadas de toma de muestra de enfermedad de transmisión sexual, estas se realizan en sitios públicos como por ejemplo parques; la persona que quiera acceder recibe una breve charla por parte del personal encargado, diligencia la información de contacto correspondiente, le toman la muestra y luego recibe por medio de correo electrónico u otro medio, el resultado de su examen, en caso de salir positivo, es direccionado a las instituciones correspondientes.

''...lo otro que he visto mucho también en relación con enfermedades de transmisión sexual es el tema de pruebas gratis, entonces salen digamos a algunos parques, algunas organizaciones lo hacen van a algunos sectores de la ciudad y cómo que dicen ''hoy hay pruebas rápidas gratis'', ''hoy hay pruebas de sífilis, de no sé qué'' o ''hoy hay pruebas de VIH gratuitas'', de esas las he visto en varias partes, las he visto acá en el parque nacional y salen por redes sociales, los publican por redes sociales, casi siempre son de organizaciones, pero también los he visto de algunas IPS...''

Tomás, miembro de la comunidad LGBTQ+

- e) Información de las EPS, por medio de canales virtuales, sobre ITS

Algunas EPS, envían a sus usuarios por medio de correo electrónico y mensajes de texto, información sobre temas de prevención de enfermedades sexuales, así como invitaciones a participar de charlas virtuales en donde se abordan temas similares.

''...Yo también he recibido como algunas comunicaciones de la EPS, pero algo pues como muy breve también y más que todo pues sí es como cuando están en algunas campañas, o algo así...a veces mandan correos... pues como informando sobre ciertas enfermedades o que te conectes como a una webinar o como una

reunión que van a dar, o algo así ya pues como de ciertas enfermedades de transmisión sexual o cosas así...''

Julio, miembro de la comunidad LGBTIQ+

Frente a este enfoque de ITS en los programas de promoción y prevención, las personas LGBTIQ+, aunque valoran su importancia en la construcción de una cultura del autocuidado y de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, manifiestan que es un limitante, para gozar de un bienestar integral.

Los programas de promoción y prevención, debe tener un enfoque más amplio y dirigirse hacia la salud mental, para una población que sufre de una estigmatización, de crisis por su identidad u orientación sexual, de rechazo, entre otras problemáticas que hace que su autoestima y su reconocimiento como una persona LGBTIQ+ sufran de profundas afectaciones y requieran de apoyos y soportes.

''...Ahora también creo que hay un sesgo...como que se ve el tema de salud de los LGBTI como algo más que contagiarse de VIH, también nos pasa que nos deprimimos un montón cuando pasamos por vainas, también nos pasa que si llegamos a un espacio en donde no podemos tranquilamente expresarnos, no sé cómo en los espacios laborales... que hay espacios muy cerrados, eso afecta como nuestra emocionalidad, ósea creo que hay aspectos de salud que no necesariamente es VIH...''

Tomás, miembro de la comunidad LGBTIQ+

Planteamientos de miembros del colectivo LGBTIQ+, para acabar con las inequidades en los servicios de salud

Para que los programas con enfoque de diversidad sexual logren un verdadero impacto deben partir de entender a los sujetos desde una perspectiva biopsicosocial, en donde el desarrollo de sus capacidades depende de la confluencia de distintas dinámicas del individuo consigo mismo y su entorno.

Dentro de estos programas y servicios se debe resaltar los Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros CAIDS³, los cuales hacen parte de la Secretaría de Integración Social Distrital. Con ellos el distrito busca, además de promover las competencias y oportunidades para la inclusión, es fortalecer el tejido

³ Es referenciado, por unos miembros del grupo focal.

social de las redes de apoyo de los territorios, mediante la ampliación de las oportunidades de sostenibilidad, innovación y adaptabilidad de sus procesos comunitarios al desarrollo de capacidades y así posicionar los CAIDSG como centros distritales de atención integral a la diversidad sexual y de géneros donde confluyen ofertas de servicios institucionales. (Secretaría de Integración Social de Bogotá, 2021)

Es así como estos centros, desde una perspectiva integral, ofrecen servicios en distintos ámbitos de educación, atención psicosocial, atención jurídica, entre otros, logrando que los miembros de la comunidad LGBTQ+, pueden desarrollar con plenitud sus capacidades.

“...conozco unas cosas como por ejemplo lo que hacen los centros de atención para la diversidad sexual en Bogotá, ellos hacen cosas para que la gente acceda, tienen servicios de salud desde el punto de vista no solamente física sino salud mental, hay unos apoyos ahí psicosociales y otras cosas esos son súper chéveres’ ...”

Tomás, miembro de la comunidad LGBTQ+

Programas como los del CAIDSG, son los que se deben generar, a través de políticas públicas que logren la articulación entre distintas entidades, como secretarías de salud, de educación, de integración social, entre otras, que permitan la creación de programas transversales que beneficien a todas los tipos de población, para lograr una sociedad más incluyente sin discriminación, que respete y acepte las diferencias y de esta forma conseguir que las personas LGBTQ+, puedan tener mejor acceso a distintos servicios y gocen de un bienestar pleno.

Con base a lo anterior, así como a las vivencias y pensamientos de un grupo de personas LGBTQ+⁴, a continuación, se esboza dos ideas de programas, enfocados hacia los adolescentes, que contribuyan a que aquellos que se reconozcan con una identidad de género u orientación sexual distinta a la binaria y cisgénero, logren aceptarse plenamente, y sean reconocidos sin ningún tipo de estigma o rechazo por parte de sus pares, familias e instituciones.

⁴ Las ideas fueron recogidas de los participantes del grupo focal de personas LGBTQ+

1. Educación sexual, en los colegios con enfoque inclusivo, de identidad de género, diversidad sexual y no discriminación

Mejorar las clases de educación sexual en los colegios, en donde se involucre a los padres de familia., las clases deben abordar la sexualidad humana, desde la diversidad, con respeto y empatía. Es pertinente que estas clases sean dadas por personal calificado y permitan un dialogo permanente, para que los adolescentes puedan resolver sus dudas. El trabajo con los padres de familia debe ser constante y lograr desmitificar ideas erróneas y miedos que pueden llegar a tener.

“...yo lo tuve en el colegio cuando estaba estudiando, fue educación sexual y me parece muy importante también, pues porque no todo el mundo, pues se va a sentir de la misma manera en cuanto ese aspecto y me pareció muy interesante porque iban enfermeras como a darnos como esa charla.... la verdad me sirvió como a no sentirme atrapado, con susto, o algo así, porque la verdad pude expresar muy fácilmente y pues me parece que eso fue como un plus, entonces que parece muy interesante como a nivel macro en el país”
Julio, miembro de la comunidad LGBTIQ+

2. Acompañamiento psicosocial personalizado en los colegios

Los colegios actualmente cuentan con un profesional en psicología, sin embargo, por la cantidad de estudiantes dicho profesional no puede brindar una atención personalizada, por lo cual es fundamental la articulación entre entidades tanto públicas como privadas, que permita brindar en los colegios un acompañamiento individual, en aquellos casos en los que el profesional encargado lo considere, así como cuando los jóvenes lo soliciten, involucrando a las familias cuando se requiera.

“todos tengan un espacio independientemente de lo que quieran hablar y que esos espacios sean repetitivos que no sea un espacio cada tres años, cada dos años”
Aníbal, miembro de la comunidad LGBTIQ+

En busca de espacios de atención más respetuosos e incluyentes de la diversidad, es fundamental que desde los servicios de salud se capacite a todo el personal, es decir médicos, enfermeros, auxiliares y demás empleados asistenciales, así como también administrativos y operativos. La capacitación debe contar con dos

componentes el primero debe proporcionar las herramientas para brindar una atención digna, amable y empática hacia los usuarios en general, el otro componente va dirigido a que el personal conozca los conceptos básicos, sobre género, identidades, orientaciones sexuales y demás temas relacionados; conjugando dichos componentes se podrá hablar de una atención integral hacia los usuarios.

“Me parece, que hay gente obviamente que, pues como es del común, digamos así, lo que decías secretarias, gente pues que está involucrada en el proceso porque igual les toca atender, no creo que estén bien capacitados para ese tipo de cosas, me imagino pues ósea les falta ese tipo de capacitación, pero llevándolo pues como al punto más sencillo de digerir, porque no es sencillo...”

Julio, miembro del colectivo LGBTIQ+

Inequidades hacia la comunidad LGBTIQ+, visualizados por el personal de la salud

“Pues yo concuerdo con Vicente, ósea creo que hemos avanzado un montón, pero pues hay muchos tabúes, sobre todo, asociado al tema de brecha generacional y el conocimiento de todas estas cosas, que han surgido en los últimos años, pero adicional pues creo que como profesionales de la salud nos debemos como a nuestra profesión, a no tener estos tabúes y a tratar a todas las personas por igual y esto pues no solamente con respecto al género...”

Rebeca. Médica, coordinadora de auditoría de una empresa aseguradora

La discriminación y no inclusión identificada por parte del personal de la salud, hacia los sujetos LGBTIQ+, se agrupan en dos escenarios, por un lado, se encuentra el institucional, que hace referencia a todas aquellas prácticas realizadas por las empresas o instituciones que invisibilizan y no respetan a los miembros de esta comunidad y el segundo escenario es la atención al usuario, en donde algunos comportamientos por parte del personal de la salud, van en detrimento de la dignidad de los pacientes.

En el escenario institucional, se encuentra:

- a) Entidades, que utilizan el tema LGBTIQ+, para tener reconocimiento social

Se presenta instituciones que emplean temas relacionados con la comunidad LGBTIQ+, para recibir cierto reconocimiento social y hasta por publicidad, pero en el fondo no hacen cambios y ajustes significativos dentro de su organización para lograr una atención integral hacia esta población.

“...Estoy de acuerdo con Bernardo hay instituciones que elevan esa bandera ese arcoíris, pero es solo como mostrar algo que en fondo no está pasando...”

Cesar. Enfermero jefe, coordinador de una ONG

b) Entidades, que invisibilizan a la comunidad LGBTIQ+

Algunas instituciones, por razones de tipo moral, religioso o por indiferencia frente al tema, no incluyen dentro de sus políticas, protocolos, programas, entre otros, un enfoque inclusivo hacia la comunidad LGBTIQ+, es así como por ejemplo en los formatos que incluyen el género e identidad sexual no contienen las opciones no binarias, hombre o mujer trans.

“...entonces yo tuve la oportunidad.... de trabajar con una de las fuerzas que componen pues las fuerzas militares y para nadie es un secreto que, en las fuerzas militares, hay población pues que tiene algún tipo de inclinación sexual...lastimosamente pues al ser una formación castrense se ve con malos ojos...se veía como la persona rara, ya sea un soldado o un oficial que públicamente refería alguna preferencia sexual distinta a la que se suponía debía tener...”

Bernardo. Médico en empresa farmacéutica.

Además, se presenta casos donde iniciativas hechas por el personal de la salud en favor de esta comunidad, no son apoyadas o reciben muy poco estímulo por parte de la entidad y terminan desapareciendo

...en su momento yo intenté hacer un programa de prevención de enfermedades de transmisión sexual en esta población porque eran soldados que tenían relaciones hombre con hombre y no había adecuada prevención, ni precaución, ni conocían pues el uso de los elementos de barrera, pues para evitar precisamente infecciones de transmisión sexual... y siempre tuve como ese choque de no apoyar ese proceso de acompañar a las personas, de que tuvieran un adecuado conocimiento de su sexualidad...”

Bernardo. Médico en empresa farmacéutica.

Frente al escenario de atención al usuario se presenta:

a) Resistencia por parte del personal en salud, hacia la atención de sujetos LGBTQ+

En la relación personal de la salud – usuario, se presentan casos en donde el profesional, al conocer la identidad de género u orientación sexual del paciente, coloca cierta barrera hacia el trato, por ejemplo, a nombrarlo con el género, el nombre con el que la persona se identifica, además de tener otro tipo de comportamientos poco empáticos que van en detrimento de una atención integral.

Si bien es cierto, como ya se manifestó en anteriores apartados, el reconocimiento hacia la comunidad LGBTQ+ ha avanzado, todavía la sociedad colombiana es conservadora (en unos territorios más que otros), lo cual genera que algunas personas sean más resistentes al cambio y por tanto no acepten fácilmente la diversidad.

“...todos los seres humanos tenemos la tendencia a ver lo diferente en el otro y a juzgar, antes de conocer, como lo positivo, eso es lo que he podido evidenciar, nos cuesta como resaltar mejor lo bueno y lo bonito de las personas y más bien encontramos que es lo diferente, que es lo raro... entonces como que en esa parte siento que los seres humanos somos como muy duros...”

Xiomara. Psicóloga educativa

De acuerdo con lo identificado por el personal de la salud⁵, hay una brecha generacional, en donde profesionales con un rango de edad superior a los 40 años, tienen una mayor predisposición hacia la atención a una persona LGBTQ+, ya que, en sus modelos de crianza y desarrollo, la religión, la moral y los tabúes frente a temas sexuales, condujeron a un desconocimiento de la diversidad de género y sexual.

“... si he notado que hay una brecha generacional por ejemplo los menores 40 años, tenemos una percepción muy diferente del tema de la atención, no tenemos tantos tabúes, de tocar a la persona, de hacer tipos de preguntas, los cuales si lo tienen los profesionales de edades ya avanzadas donde esa percepción más

⁵ El grupo focal de profesionales estuvo conformado por 6 personas

conservadora los bloquea para prestar ese servicio de atención, ahí se nota ya esa diferencia...''

Cesar. Enfermero jefe, coordinador de un ONG

Este desconocimiento hace que el personal de la salud pueda tener ciertas limitantes para una adecuada atención a un sujeto LGBTIQ+ y en ocasiones comentan actos discriminatorios sin darse cuenta de que los están cometiendo.

''...estábamos haciendo un proyecto de salud bucal en comunidad y yo estaba haciendo unas encuestas a unos niños, entonces llegó una niña, y yo le dije ¿cómo se llama tu mamá? me dijo se llama tal (el nombre de una mujer) ... y yo ¿cómo se llama tu papá? y ella me dijo el nombre de una mujer, yo en ese momento como que no ¿cómo se llama tú papá, tú papá? la niña me miro como con una actitud de extrañada como "¿por qué me pregunta?" yo le dije ¿tu papá? se lo pregunté tres veces y ella me repitió el nombre de la mujer, yo como que caí en cuenta pero yo me sentí muy mal, como ¿por qué hice eso?, pero como les digo también, es porque como no estamos acostumbrados a ciertas cosas, actuamos sin reflexionar mucho...''

Diana. Odontóloga, coordinadora de especialización y maestría en salud pública

b) Personal de la salud que hacen comentarios despectivos cuando identifican un usuario LGBTIQ+

Otro escenario de discriminación se presenta cuando el personal de salud identifica en los servicios a usuarios LGBTIQ+ y realizan entre ellos, comentarios irrespetuosos y descalificativos hacia los sujetos, creyendo que al no ser escuchados por los pacientes no están cometiendo actos discriminatorios, lo cual además de no ser verdad genera que, en el momento de atenderlos, estén predispuestos y generen barreras, así no sean conscientes de ello.

''... en consulta externa y lo digo con mucha tristeza, también yo veía que había muchos profesionales compañeros míos que cuando iban a atender algún tipo de población LGBTIQ+... como uyy no ahí llego la persona... lo decían de manera despectiva ahí llego el entaconado y entonces yo oiga es una persona que merece todo su respeto...''

Bernardo. Médico en una empresa farmacéutica

Ya para terminar esta sección, es importante resaltar que las inequidades en los servicios de salud no se dan exclusivamente hacia los usuarios, sino que el contrario algunos miembros del personal de la salud, que se identifican como parte del colectivo LGBTIQ+ y hacen parte de cargos directivos, manifiestan sentir limitantes y obstáculos además de los habituales para avanzar laboralmente, que hacen que deban trabajar más arduamente para demostrar que tienen las capacidades académicas, técnicas y laborales para ocupar determinados cargos y que su identidad de género u orientación sexual no debe ser una barrera para lograrlo

“...en el ámbito domiciliario, en el ámbito de la administración, estar como directivo de una IPS a mi edad es muy difícil y luchar contra este tipo de barrera etaria es demasiado difícil... pues porque igual yo soy abiertamente gay y eso genera siempre un choque, y es ahí donde yo siempre he dicho lo que tú sabes y la parte intelectual no tiene por qué afectar el hecho de la relación y de la opinión, sin embargo siempre pues va a existir un tipo de barrera, que igual pues tú tienes que romper, pero igual no debería ser así...”
Vicente, director médico de IPS domiciliaria

Promoción y prevención en salud para población LGBTIQ+, con base a la mirada del personal que los atiende

El conocimiento que tiene el personal frente a servicios y programas de promoción y prevención en salud dirigidos al colectivo LGBTIQ+ es limitado, esto depende de factores como el contexto geográfico y social donde desarrollan su labor, el sector donde trabajan, así como a la gestión individual del conocimiento, todo esto confluye para que algunos tengan poca información al respecto.

Cuando se aborda el contexto geográfico y social se observa que las diferencias entre metrópolis y ciudades pequeñas, lo urbano y lo rural, así como las características culturales y económicas de las regiones, juegan un papel importante en la oferta de servicios y programas y la accesibilidad de los mismo, presentándose territorios en donde no existe o su cobertura es muy limitada.

“...programas de promoción y prevención orientados a esta población, no cero y nuevamente como les he venido contando lastimosamente acá en la parte rural todavía es más mucho más difícil, algo más complejos... lo que logramos ver en las

entidades educativas, son los programas de promoción y prevención de la convivencia escolar y las rutas de atención y demás ''

Xiomara. Psicóloga educativa

En cuanto a las instituciones donde labora el personal de la salud, se aprecia que aquellas que no trabajan directamente con pacientes, así como los asistenciales que trabajan con una población objeto muy específica, no cuentan con programas o servicios, para una atención integral y no discriminatoria.

'...de parte de la aseguradora, nosotros no tenemos nada para la atención específica para la población LGBTI...''

Rebeca. Médica, coordinadora de auditoría de una empresa aseguradora

Lo anterior, hace que la apropiación de la información por parte del personal de la salud sea importante para conocer programas y servicios que no están en su entorno primario, pero al no existir ese interés, se pierde la oportunidad de aprender y brindar una mejor atención a la comunidad LGBTIQ+, cuando por ejemplo requieran remitir a un programa o activar una ruta de atención.

''...en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, que esta normada por la 3280, está allí incluso desde primera infancia, desde el nacimiento, cómo se debe realizar el acompañamiento para que haya esa identidad de género... pero eso en la ruta lo hace el médico y psicología y hay protocolos incluso para eso que mencionan de cirugía, de cambio de sexo...unas guías de preguntas, bueno protocolos exactos para poder hacer ese acompañamiento y llegado el caso que haya ese cambio de género, entonces creo que tenemos es como desconocimiento un poco de lo que debemos hacer...''

Diana. Odontóloga, coordinadora de especialización y maestría en salud pública

Los programas y servicios reconocidos por los profesionales de la salud, estos de agrupan en programas de promoción y prevención de las ITS, programas de seguimiento a pacientes diagnosticados con una ITS, servicios de direccionamiento y rutas de atención por parte de ONG.

a) Programas de promoción y prevención de ITS, en parejas

Programas realizados por las EPS, con base a las políticas y normatividad actual, que buscan que los usuarios accedan de manera más fácil a pruebas y tamizajes de ITS, así como disminuir la transmisión de este tipo de enfermedades entre las parejas, cuando uno de los miembros es portador.

“... las EPS, a partir la normatividad para las personas LGBTI...bueno, para la comunidad, se está visualizado mucho más el tema...usted puede tener una pareja con una ITS y puede adquirir aquí diferentes opciones para protegerse sumercé o para evitar digamos de cierto contagio...creo que ese es como el programa más visible, desde mi perspectiva...”

Vicente. Médico, director de IPS domiciliaria

b) Programas de seguimiento a pacientes diagnosticados con una ITS

Existen instituciones y entidades, que cuentan con programas enfocados a pacientes que han sido diagnosticados con VIH, hepatitis B o C, realizando seguimiento en lo que respecta a la adherencia de los medicamentos, controles y exámenes periódicos y en algunos de estos programas se involucra a la pareja del paciente, para darles las herramientas, para que esta no se contagie.

“...Dentro de la industria farmacéutica, el apoyo que se le da a la población LGBTIQ+ es pasivo, entonces es para el manejo de pacientes con VIH o hepatitis B o C... que ya están bajo un tratamiento específico, entonces es tener programas de seguimiento a ese paciente ayudándole a sus seguimientos periódicamente, de sus pruebas serológicas y en algunos programas, tengo entendido de alguna industria puntual, hacen también acompañamiento a la pareja, porque el hecho de que una persona sea seropositiva, no quiere decir que su pareja también lo sea...”

Bernardo. Médico en una empresa farmacéutica

c) Servicios de direccionamiento y rutas de atención, por parte de ONG

En organizaciones humanitarias y ONG de salud, que trabajan con distintos tipos de poblaciones, entre ellas el colectivo LGBTIQ+, cuentan con servicios de gestión y apoyo entre instituciones, por tanto, cuando un usuario solicita su ayuda, realizan la atención primaria y en aquellos casos que lo requieran hacen el direccionamiento hacia la entidad, que pueda satisfacer mejor su necesidad

“...las organizaciones de salud humanitaria, o las ONG de salud, manejan unos principios, dentro de esos principios esta la neutralidad en la atención a la población o a las poblaciones, entonces nos ha llegado población hombres trans solicitando servicios, entonces se les gestiona la atención...”

Cesar. Enfermero jefe, coordinador de ONG de salud

Un ejemplo de programas y servicios que ofrecen una atención integral que va más allá de la promoción y prevención de ITS, es Red Somos⁶, que trabaja con población LGBTIQ+, migrantes, refugiados y personas diagnosticadas con VIH, sus programas se dividen en tres líneas diversidad, salud sexual y fortalecimiento comunitario, los servicios giran en torno a estos brindando asesorías psicológica, psicosocial, jurídica, campañas educativas, realización de pruebas para la detección de ITS, asistencia técnica (<https://www.redsomos.org/>), entre otros.

Estos programas y servicios enfocados hacia la comunidad LGBTIQ+, llevados a cabo por las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y otro tipo de organizaciones, generalmente son hechos con el propósito de cumplir con los direccionamientos del ministerio de salud y las leyes y decretos de salud pública correspondientes, pero no trascienden más allá de esto.

“...ya existe una política que apoya el tema de la inclusión...es super frustrante en la parte directiva que como le dicen ya salió la nueva política y cambie el consentimiento y es más por cumplir...ósea yo que llego con la bandera puesta por todo lado, pero yo no puedo.... más allá de generales el conocimiento digamos vivencial, de existen otro tipo de cosas, pero tampoco puedo obligar a una entidad...”

Vicente. Médico, director de IPS domiciliaria

Son aquellas organizaciones de base comunitarias, fundaciones y ONG, que trabajan con personas LGBTIQ+, los que logran entender el contexto en donde se desarrollan e interactúan los miembros de este colectivo y brindarles programas y servicios que responden de manera más integral a cubrir sus demandas y necesidades.

⁶ Referenciada por Cesar, quien es coordinador de una ONG de salud

Propuestas del personal de salud, para lograr una atención integral a los miembros del LGBTIQ+

Cuando se indaga al personal de salud, sobre la experticia frente a temas de género, diversidad sexual, salud sexual y otros temas relacionados, que les permita brindar una adecuada atención a un paciente LGBTIQ+, la respuesta en su mayoría es tener la capacidad para ofrecer un servicio básico, ya que les falta formación para dar una asesoría plena, así como el conocimiento sobre las rutas de atención en los casos que se requiera remitir al usuario.

‘...me llegaban muchos soldados que abiertamente me decían doctor mire la verdad le tengo confianza y le quiero decir a usted que yo soy homosexual, ... entonces para mí eran escenarios muy complejos, porque pues es abordar una persona a intentar ser integral muy difícil, entonces lo que yo intente hacer, era pues un acompañamiento por parte de psicología y desde mi parte médica, explicarle los cuidados que debía tener para una sexualidad responsable y era como hasta ahí llego yo...’

Bernardo. Médico en una empresa farmacéutica

Este panorama coloca de manifiesto, los obstáculos que hay para la inclusión real de las personas LGBTIQ+ en los servicios de salud; para superar estas falencias, se requiere transformaciones a nivel de las instituciones de salud, en los procesos de formación profesional, técnica y tecnológica, del personal; así como generar acciones desde las políticas públicas que permitan cambios sociales profundos, donde haya una integración efectiva y con equidad de todas las poblaciones y sectores.

Para superar dichas barreras y lograr la integración efectiva y respetuosa del colectivo LGBTIQ+ a los servicios de salud, a continuación, se presenta tres propuestas de cambio en las instituciones y entidades que prestan la atención, en la formación del personal y en la sociedad por medio de la educación desde primaria.

a) Instituciones amigables⁷

⁷ El nombre fue dado durante el grupo focal de profesionales, por el enfermero jefe Cesar, el cual tomo como referencia para dicho nombre, los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, impulsado por el ministerio de salud.

“...yo añadiría el tema de instituciones amigables, que eso incluye las formaciones del personal de la institución, y eso se puede traducir en instituciones amigables, en donde digamos la persona que se identifique como homosexual...como de la comunidad LGBTI, sepa que ahí no va a encontrar barreras en la atención y pues esto lleva pues a que exprese todo lo que tenga que decir, pues si tiene algo que decir como una enfermedad o algo, para le den una solución a lo que va a consultar...”

Cesar. Enfermero jefe, coordinador de ONG de salud

Estas formaciones deben ser incluidas en el proceso de humanización de la salud, que desarrollar las instituciones, con una metodología de tipo vivencial que permita la interacción directa entre el formador y los estudiantes

b) Formación profesional integral

La formación de los profesionales de salud se enfoca en proporcionar los conocimientos académicos y técnicos, de acuerdo con el área de estudio, dejando de lado aquellos saberes que les va a permitir desarrollar habilidades y capacidades para brindar una atención integral. Por tanto, se hace fundamental la incorporación en los pénsum de las universidades e instituciones de educación técnica y tecnológica, de un componente en humanización de la salud, así como educación en diversidad sexual y de género, inclusión y equidad social, discriminación, entre otros temas, para lograr que los profesionales generen una conexión empática con los pacientes.

“...el mundo requiere que nosotros trabajemos el desarrollo humano integral, que entendamos que cuando uno se forma como profesional, técnico, tecnólogo, lo que sea, tiene que desarrollar competencias específicas de su área, competencias generales, pero también sobre todo competencias para su propia formación como ser humano, creo que eso falta mucho en este país...”

Diana. Odontóloga, coordinadora de especialización y maestría en salud pública

c) Educación en la diversidad, desde el colegio

Para conseguir el objetivo de una atención inclusiva de las personas LGBTIQ+ en los escenarios de salud, se requiere además de los mencionado en los anteriores

apartados, de un cambio en las dinámicas sociales y aquí juega un papel primordial la educación de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

“...creo que sí es importante trabajarlo en todos los escenarios desde el colegio, desde las casas, desde obviamente los diferentes ámbitos en los que nos desarrollemos todos y obviamente, pues tratar de ser abiertos, de romper y nuevamente yo le he dicho de romper como esa inflexibilidad que a veces nos caracteriza y bastante, y cómo estar o abrirle la puerta también a nuevas percepciones, a interesarnos más por el otro...”

Xiomara. Psicóloga educativa

Esto se podría lograr por medio de la inclusión en los programas de promoción y prevención de la convivencia escolar, de temas de diversidades de género, derechos de las poblaciones minoritarias, educación sexual, discriminación.

“...en las entidades educativas, son los programas de promoción y prevención de la convivencia escolar y las rutas de atención y demás. Obviamente digamos que este tema debería incluso... yo ahorita estaba pensando mientras todos respondían...bueno ¿desde donde podríamos empezar? desde ahí, desde esa promoción y esa prevención que se habla de convivencia escolar, sería perfecto poder incluir estos temas...”

Xiomara. Psicóloga educativa

Discusión

La sociedad Colombiana, ha tenido avances significativos a nivel de inclusión de las minorías, y el sector salud, no ha sido ajeno a esto y en las últimas décadas los servicios se han vuelto más incluyentes, y la atención más respetuosa por la diversidad, no obstante tanto en el ámbito de la salud como en otros escenarios sociales, la discriminación hacia las personas LGBTIQ+ sigue estando presente y cual no solo es reconocido por los pacientes, sino también por los profesionales de la salud, que encuentran dentro de los servicios prácticas y comportamientos que incentivan la segregación de esta comunidad, lo que concuerda con las varias publicaciones de prensa de la OPS de Mitchell (2013 y 2016)

La visualización de la discriminación por parte de los miembros de la comunidad LGBTIQ+ en los servicios de salud, depende de cómo entiendan e interioricen la discriminación dichos usuarios. La percepción de cada individuo frente al tema es construida a partir de las interacciones y vivencias, que ha tenido a lo largo de su vida, en distintos escenarios, familiares, culturales, económicos, sociales, educativos, ambientales, entre otros, que hacen que cada sujeto perciba la discriminación en diferentes niveles y maneras y aunque existen tantos grados de discriminación como visiones de la misma, bien esto debe ser planteado y reconocido por los sistemas de salud, cómo es mencionado en el reporte sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de las personas, comunidades y poblaciones afectadas por la discriminación y la violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde se argumenta que el camino hacia el desarrollo es la garantía de las libertades y reconocimiento de las diferentes discriminaciones que en muchas ocasiones se normalizan, cómo se observó en los resultados del segundo grupo focal (OHCHR, 2022)

Concordante con lo mencionado por Amartya Sen en sus trabajos, donde esta percepción de la realidad tan individual y la forma en que esta se vive y se encuentra o no valiosa en un aspecto u otro, da pie a la realización de las diferentes formas de agencia mediante las cuales se intenta cambiar la realidad o más bien mejorarla para vivir o intentar vivir de forma plena, denotando esta teoría la base de lo que se denomina desarrollo humano (Sen, 1999)

Así mismo, las instituciones tendrán la obligación de formar a todo su personal (directivos, profesionales, administrativos y operativos) en empatía, escucha asertiva

y el reconocimiento de los pacientes como sujetos de derechos; también educar en diversidad de género, orientación sexual, entre otros temas pertinentes. Adicionalmente al equipo de profesionales debe recibir capacitación en especificaciones técnicas sobre el cambio de género, para que puedan brindar mejores asesorías y direccionamiento cuando lo requieran, siempre en busca de espacios de atención más respetuosos e incluyentes de la diversidad, es fundamental que desde los servicios de salud se capacite a todo el personal, es decir médicos, enfermeros, auxiliares y demás empleados asistenciales, así como también administrativos y operativos en los términos y las diferencias previamente mencionadas en este trabajo y conocer los alcances del denominado espectro de género, que es en parte la propuesta del documento de UNFPA (2019) y también parte de las conclusiones que encontró Granados (2022) en su estudio en México.

Las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de los servicios de salud, y demás organizaciones involucradas que prestan u ofrecen algún tipo de servicio en salud, deben incluir entre sus políticas internas, la diversidad y equidad de género, la inclusión efectiva del colectivo LGBTIQ+, la no discriminación de las minorías poblacionales y la humanización de los servicios, invitando a la necesidad de ofrecer capacitaciones que consideren dos componentes; el primero debe proporcionar las herramientas para brindar una atención digna, amable y empática hacia los usuarios en general, el otro componente va dirigido a que el personal conozca los conceptos básicos, sobre género, identidades, orientaciones sexuales y demás temas relacionados; conjugando dichos componentes se podrá hablar de una atención integral hacia los usuarios, con el fin de aumentar la confianza en los servicios de salud de parte de la comunidad, lo que es una barrera conocida y reconocida en trabajos como el de Romani (2021) y Granados (2022)

Sin embargo, Dentro de los servicios de salud y en la atención brindada por parte de los profesionales y demás actores involucrados, sigue existiendo discriminación hacia los individuos LGBTIQ+, y aunque esta ha ido cambiando y disminuyendo⁸ en el transcurso de los años, debido a las transformaciones culturales y sociales, así como a la lucha por los derechos y la inclusión de dicha población, que ha llevado a que los sujetos en general tenga una mejor comprensión de las

⁸ Sentir de todos los participantes del grupo focal LGBTIQ+

identidades que están fuera del espectro hetero-binario y acepten la diversidad de una mejor forma (Ponce, 2021) (Soon, 2019).

Los hallazgos de este estudio guían a conclusiones similares a las realizadas por varios de los autores mencionados en estas páginas y concordantes con Soon (2019) en su estudio (considerado el más grande en el tema realizado en el país) que recomienda la realización de estudios de tipo local como el presente que proporcionen y recopilen datos en salud pública a nivel regional, y aunque el alcance de la primera parte del estudio (encuesta en línea) tiene el potencial de convertirse en una herramienta para el entendimiento de las condiciones y percepciones de esta población para las agencias públicas, privadas y los tomadores de decisiones de diferentes actores a nivel nacional y local, que incentiven no sólo al expedición y ajustes a políticas públicas (que cómo vimos ya hay varias escritas y publicadas), sino que se motiven por la necesidad de la aplicación y puesta en marcha de la defensa de los derechos de la población LGBTIQ+ en temas de salud desde la perspectiva del desarrollo humano sostenible, al final, todas estas experiencias podrían brindar evidencias de buenas prácticas de aplicación; un ejemplo muy interesante el caso previamente mencionado de los CAIDS en Bogotá.

Aunque los datos de la encuesta podrían contener el sesgo mencionado en apartados previos de este estudio, también podrían apoyar la postura de la presenta revisión, dado que, las mediciones de inequidades en áreas o grupos pequeños podrían ser comparables y significativos considerando que los individuos de riesgos similares podrían ser un importante reflejo de la situación de personas que por ejemplo, tengan niveles socioeconómicos y/o educativos más bajos dado que definitivamente estos dos factores se ha comprobado en diferentes literaturas influyen y se correlacionan con inequidades en salud (Sibanda, 2013).

La necesidad de investigaciones cómo éstas se reflejan muy bien en situaciones como la africana que a causa de la poca investigación sobre población LGBTIQ+ y situación en diferentes contextos hizo difícil (todavía en estos días), la lucha y visibilización de sus necesidades, y, por tal motivo, la aceptación entre la población (Murias, 2014) (Haghiri-Vijeh, R.,2013), dado que en este caso se encuentra que factores e ideologías culturales y religiosas se oponen a la adopción de políticas LGBTIQ+ (McCarty, R., 2016), y la generación de conocimiento local

permitiría promover normas más favorables para la igualdad y la inclusión de la población LGBTIQ+ (Norlén, 2021).

Conclusiones

La ciudad de Bogotá es un punto donde confluyen distintas culturas, saberes, ideologías, que han contribuido a que sus ciudadanos sean más tolerantes y respetuosos con las diversidades, así mismo al ser la capital del país, cuenta con una robusta cobertura de programas y servicios en diferentes sectores, Ahora bien, aunque en la ciudad los niveles de discriminación, vulneración de derechos, violencias hacia las minorías poblacionales, restricciones al acceso de servicios, sean más bajas que los de otras regiones, no deja de ser un problema por el impacto negativo que genera en el desarrollo de las capacidades y calidad de vida de las personas. Entre los grupos que enfrentan mayores limitantes se encuentra el colectivo LGBTIQ+, algunos de sus miembros son estigmatizados, violentados y no pueden acceder con facilidad a la oferta de servicios institucionales.

En el escenario de los servicios de salud tanto pacientes como personal, reconocen que existe obstáculos a nivel institucional y de recurso humano, que conducen a que algunas personas LGBTIQ+, no puedan acceder a una atención integral, y que por el contrario encuentren situaciones que van en detrimento de la dignidad e identidad como sujetos

Aunque los programas de promoción y prevención de ETS son importantes para evitar el contagio, pueden contribuir a la estigmatización de los miembros de esta comunidad, y no da respuesta a las necesidades reales de los usuarios, por tanto, se debe dar una diversificación de los programas y abordar con mayor fortaleza, el cuidado de la salud mental y emocional de las personas.

La atención por parte del personal de salud no es ajena a la situación anterior, y presenta una serie de barreras, por los imaginarios individuales y colectivos de los profesionales, que hacen que estén predispuesto durante la consulta y puedan llegar a tratar de manera despectiva y poco ética al paciente; así como por la falta formación y capacitación en temas de diversidades de género y sexual, y también en temas de empatía, y respeto por el paciente.

La disminución de estas falencias parte de la articulación de varios sectores gobierno, educación, salud, entre otros, que permita la construcción de una política pública que por medio del trabajo desde diferentes frente de acción logren en el mediano y largo plazo una sociedad más incluyente, en donde todos los sujetos sin

importar su identidad de género, preferencia sexual, raza, credo, ideología política, entre otras, tenga un acceso sin obstáculos y totalmente inclusivos tanto en los servicios de salud, como en otros espacios.

Aquí la formación es un eje fundamental, desde las primeras etapas escolares, se deben fomentar el buen trato, el respeto, la escucha asertiva, la empatía, la tolerancia por el otro sin importar el color de piel, el nivel económico, su orientación sexual; esto debe ir acompañado de una educación sexual inclusiva, que no esconda o invisibilice a los que no se encuentran dentro de los estándares hetero-binarios. Esta formación debe trascender a los claustros de educación superior y ser parte de los núcleos básicos de formación para lograr profesionales mejor preparados y que responda de adecuada manera a las realidades sociales; fortaleciendo el trabajo en las profesiones de tipo asistencial, como las del sector salud.

Aunque existen las herramientas desde la política pública y posiblemente también se tenga la capacidad del sistema de implementar las adaptaciones necesarias para hacer de los servicios de salud en la ciudad más inclusivos para la población LGBTIQ+, esto no se ha llevado a la práctica de forma diseminada, encontrando dificultades en el acceso y en la calidad de servicios que se le entregan a la población, especialmente desde el sector privado y de prestadores de servicios de salud.

Bibliografía

- Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2010). *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*, 2817-2828. Retrieved from <https://scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>
- Aleshire, M. E., Ashford, K., Fallin-Bennett, A., & Hatcher, J. (2019). Primary care providers' attitudes related to LGBTQ people: A narrative literature review. *Health promotion practice*, 20(2), 173-187.
- Alkire, S. (2005) "Why the Capability Approach", *Journal of Human Development*, 6/1, págs. 115-133.
- Alegria C. A. (2011). Transgender identity and health care: implications for psychosocial and physical evaluation. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(4), 175–182. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00595.x>
- Altuzarra, A., Gálvez-Gálvez, C., & González-Flores, A. (2021). Is Gender Inequality a Barrier to Economic Growth? A Panel Data Analysis of Developing Countries. *Sustainability*, 13(1), 367.
- Álvarez (2013). La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. *Correo Científico Médico*, 17(1), 79-82. Recuperado en 11 de diciembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100013&lng=es&tlng=es.
- Arcaya, M. C., et al. (2015). Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38, 261-271.
- Bradford J, Cahill S, Grasso C, Makadon H. (2012). *How to Ask About Sexual Orientation and Gender Identity in Clinical Settings*. Boston: The Fenway Institute.
- Cahill, S., & Makadon, H. (2014). Sexual orientation and gender identity data collection in clinical settings and in electronic health records: a key to ending LGBT health disparities. *LGBT health*, 1(1), 34-41.

- Castaño, J. (2013). *“El Sistema de Salud Colombiano”* Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2738/273829753001.pdf>
- Cruells, M. (2013). Challenging equality policies: The emerging LGBT perspective. *European Journal of Women's Studies*, 20(2), 122-137.
- Diversa, C. (2010). *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT*. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/documentos/otros-documentos/provision-deservicios-salud.pdf>.
- Figari, C. (2010). El movimiento LGBT en América Latina: institucionalizaciones oblicuas. *Movilizaciones, protestas e identidades colectivas en la Argentina del bicentenario*, Buenos Aires, Nueva Trilce, 227. Retrieved from, on 25/02/2021:
<https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-personas-lgtbi/El%20movimiento%20LGBT%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.%20i nstitucionalizaciones%20oblicuas%20-%20Carlos%20Figari.pdf>
- G. Sen & P. Östlin (2008) Gender inequity in health: why it exists and how we can change it, *Global Public Health*, 3:sup1, 1-12, DOI: 10.1080/17441690801900795
- Gil-Borrelli, C. C., Velasco, C., Iniesta, C., Beltrán, P. D., Curto, J., Latasa, P. (2017). *Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en España*.
- Gold, M. (2018). The ABCs of LGBTQIA. *The New York Times*. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2018/06/21/style/lgbtq-gender-language.html>
- Granados-Cosme, J. A. (2022). La investigación sobre discriminación a LGBT en la atención médica. *DIVULGARE Boletín Científico De La Escuela Superior De Actopan*, 9(17), 10-16. <https://doi.org/10.29057/esa.v9i17.8075>
- Haghir-Vijeh, R. (2013). The Importance of Including the Needs of the LGBTIQ Community in the Millennium Development Goals and Education of

Healthcare Professionals. *Journal of Global Citizenship & Equity Education*, 3(1), 68.

Heredia, A. (2018). *Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Texto guía del Curso. Capítulo 1.p

Hernández, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada; 187-210

Jackson, B., Daley, A., Moore, D., Mulé, N., Ross, L., Travers, A., & Montgomery, E. (2006). Whose public health? An intersectional approach to sexual orientation, gender identity and the development of public health goals for Canada. In Sask.: Canadian rainbow health coalition.

Jones, J. M. (2021). LGBT identification rises to 5.6% in latest US estimate. Gallup: Politics.

Keatley J (2013) Gender Identity Data Collection. Center of Excellence for Transgender Health. Part of Makadon H. Clinical Rationale for the Collection of Sexual Orientation and Gender Identity Data. Presentation at the National Association of Community Health Centers Policy and Issues Forum. Keatley and CETH's original question gives the following options in the first part of the question: What is your current gender identity? Male; Female; TransMale/Transman; TransFemale/Transwoman; Genderqueer; Additional category_____; Decline to state.

Collier K.(2013) Sexual Orientation and Gender Identity/Expression Related Peer Victimization in Adolescence: A Systematic Review of Associated Psychosocial and Health Outcomes, *The Journal of Sex Research*, 50:3-4, 299-317, DOI: 10.1080/00224499.2012.750639

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1998). *Sexual behavior in the human female*. Indiana University Press.

Ley Estatutaria No. 1751, "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", Congreso de Colombia, 16 de febrero de 2015

- McCarty, R. W., & Breneman, J. (2016). Critical realism and LGBTIQ rights in Africa. In Public religion and the politics of homosexuality in Africa (pp. 260-272). Routledge.
- Michiel O. (2015). Políticas públicas para LGBTI en América Latina. ISP Interamérica. retrieved from, on 25/02/2021: https://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/wp_esp_politicas_131115_1.pdf
- MININTERIOR (2018), DECRETO 762 DE 2018: POLÍTICA PÚBLICA PARA LA GARANTÍA DEL EJERCICIO EFECTIVO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE HACEN PARTE DE LOS SECTORES LGBTI Y DE PERSONAS CON ORIENTACIONES SEXUALES E IDENTIDADES DE GÉNERO DIVERSAS, disponible en: https://derechoshumanos.mininterior.gov.co/sites/default/files/documentos/plan_de_accion_politica_publica_lgbti.pdf, consultado: Abril 15 de 2022
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (1999). Resolución 1995 de 1999. Por el cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf. Consultado: junio 22 de 2022
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2019). *RESOLUCIÓN 2626 DE 2019 Por la cual se modifica la política de atención integral en salud* (pp. 2 -14). BOGOTÁ DC.
- Mitchell, C. (2013). Autoridades sanitarias se comprometen a aumentar el acceso a los servicios de salud a las personas LGBT. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9056:2013-health-authorities-pledge-access-health-care-lgbt-people&Itemid=1926&lang=es
- Mitchell, C. (2016). Activistas de la comunidad LGBT afirman en la OPS que el estigma y la discriminación son obstáculos importantes para la salud. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12

829:lgbt-advocates-say-stigma-and-discrimination-are-major-barriers-to-health&Itemid=1926&lang=es

- Mulé, N. J., Ross, L. E., Deepröse, B., Jackson, B. E., Daley, A., Travers, A., & Moore, D. (2009). Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International journal for equity in health*, 8(1), 1-11.
- Murias, C. (2014). Resistencias de género. Discurso y acción LGBTIQ en África: entrevistas a Sokari Ekine y George Freeman. *Relaciones Internacionales*.
- Money, J., & Ehrhardt, A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Norlén, E. (2021). LGBTIQ rights and inclusion in development: The final frontier in human rights? A qualitative case study of the LGBTIQ community in Tanzania.
- OHCHR. (2022). Experto de la ONU: la lucha contra la discriminación de las personas LGBTI es un derecho a la salud y un imperativo en el desarrollo sostenible. <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2022/06/un-expert-tackling-discrimination-against-lgbti-persons-right-health-and>
- Oraá, J., Gómez Isa, F. (2009). La declaración universal de derechos humanos. *La declaración universal de derechos humanos*, 0-0.
- Ortiz F.(2020). ¿Cuántos colombianos son LGBT? Dane hizo la primera medición estadística, *EL Tiempo Colombia, Justicia*. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/justicia/servicios/encuesta-del-dane-midio-por-primera-vez-cantidad-de-personas-lgbt-en-colombia-529124>
- Paternotte, D., & Tremblay, M. (2016). *The Ashgate research companion to lesbian and gay activism*. Routledge.
- Picazzo P., et al. (2011). La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 19(37), 253-279. Recuperado en 28 de febrero de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572011000100010&lng=es&tlng=es.

- Ponce Ricaurte, M. del M. (2021). Sistema de salud colombiano para población trans en el marco de los derechos humanos. *Diálogos De Derecho Y Política*, (28), 7–33. Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/derypol/article/view/347139>
- Quevedo, E. et al (1990). *La salud en Colombia, análisis sociohistórico*. Recuperado de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud54/informe.html> y <http://www.saludcolombia.com/actual/salud55/informe.html>
- Robeyns, I. (2005). “Sen’s Capability Approach and Feminist Concerns”, en *The Capability Approach: Concepts, Measures and Applications* (eds. S. Alkire, M. Qizilbash y F. Comim, Cambridge, Cambridge University Press, págs. 82-104.
- Romani, L., et al. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 38(2), 240-247. Epub 22 de junio de 2021. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6149>
- Sen, A. (1999), *Development as Freedom*, Oxford, Oxford University Press, 1999 (traducido en castellano como *Desarrollo y Libertad* en 2000, Editorial Planeta).
- Sánchez Barrera, Esther Lucía (2017). El movimiento LGBT (I) en Colombia: la voz de la diversidad de género. Logros, retos y desafíos. *Reflexión Política*, 19(38), 116-131. [fecha de Consulta 12 de diciembre de 2020]. ISSN: 0124-0781. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=110/11054032009>
- Secretaria de Integración Social de Bogotá (2021). Los Centros de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros CAIDSG se fortalecen y crecen. Disponible en <https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/97-noticias-lgbti/4332-en-2021-los-centros-de-atencion-integral-a-la-diversidad-sexual-y-de-generos-caidsg-seran-ecosistemas-digitales>. Consultado: Junio 25 de 2022
- Sibanda, A., & Doctor, H. V. (2013). *Measuring Health Gaps between the Rich and the Poor: A Review of the Literature and its Implications for Health Research*

in Africa. *Journal of public health in Africa*, 4(1), e3.

<https://doi.org/10.4081/jphia.2013.e3>

Choi S. et al (2022). Stress, Health, and Well-Being of LGBT People in Colombia.

Williams Institute. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/lgbt-people-colombia/>

Tharp, A. N. (2016). *Gender Spectrum Theory*. West Haven, CT: University of New Haven.

Tricco, A. C., Bourgeault, I., Moore, A., Grunfeld, E., Peer, N., & Straus, S. E. (2021). Advancing gender equity in medicine. *CMAJ*, 193(7), E244-E250.

Toze, M., Fish, J., Hafford-Letchfield, T., & Almack, K. (2020). Applying a Capabilities Approach to Understanding Older LGBT People's Disclosures of Identity in Community Primary Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7614.

Vargas, P. (2017). Lecturas de Bioética: Determinantes sociales de la salud de las personas LGBT. *Pediátr. Panamá*, 46(2), 145-147.

Wheeler, D. P., & Dodd, S. J. (2011). LGBTQ capacity building in health care systems: A social work imperative. *Health & Social Work*, 36(4), 307.

Anexos

Anexo 1. Instrumentos de recolección de datos Cualitativos (guías de Pautas y carta de presentación para participantes)

Para ser entregada a cada uno de los participantes:

Carta de Presentación para Participantes

De antemano te agradezco el tiempo que estás tomando para desarrollar este ejercicio

El presente fue desarrollado para un estudio de investigación que estoy llevando a cabo denominado: " INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA", trabajo de tesis para optar por el título de magíster en desarrollo humano con FLACSO Argentina.

La presente será grabada y la información que suministre será utilizada exclusivamente para fines de la presente investigación y se rige por las disposiciones generales de protección de datos de la LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012 de la República de Colombia.

Espero que los resultados de esta investigación permitan generar cambios positivos en nosotros y en nuestra sociedad, si tienes dudas adicionales sobre mi o mi proyecto, puedes consultarlas aquí:

<https://arielpenaranda.site/>

Cordial saludo,



CC 10689827473

Harris Ariel Peñaranda Molina

Médico y Cirujano General, Especialista en Salud Pública, Candidato a Magister en Desarrollo Humano

Guía de Pautas

Grupo Focal #1 (A realizar en personas parte de la comunidad LGBTIQ+)

1. Presentación del estudio, objetivos y metas
 2. Presentación corta de participantes (Oficio, experiencia profesional, expectativas)
 - a. El propósito es conocer a qué se dedican y en qué áreas trabajan los participantes
 3. Desarrollo de Espacio a partir de Temas orientadores:
 - a. Discriminación en los servicios de salud:
 - discriminación en un servicio de Salud
 - Los servicios de salud en el contexto de la orientación sexual o identidad de género
 - Acceso a los servicios de salud
 - b. Programas de promoción y prevención dirigidos a eliminar la discriminación y estereotipos en los servicios de salud:
 - Promoción y prevención y sus experiencias en diferentes programas
 - Programas enfocados a la diversidad sexual y los cuidados de la salud de la comunidad LGBTIQ+
 - Confianza en los servicios de salud
 - c. Percepción de la sensibilidad, capacidad técnica y preparación de los profesionales y personal de servicios de salud respecto al espectro de género:
 - Los profesionales de salud y la orientación sexual/identidad de género
 - Los profesionales de salud y su conocimiento técnico-científico del género y la salud de la población LGBTIQ+
 - Si ustedes tuvieran la capacidad de cambiar algo en los servicios de salud en beneficio de la comunidad LGBTIQ+, ¿qué sería?
3. Cierre y agradecimiento

Guía de Pautas

Grupo Focal #2 (A realizar a profesionales de la salud)

1. Presentación del estudio, objetivos y metas
 2. Presentación de entrevistados (experiencia profesional, rango de acción)
 - a. El propósito es conocer a qué se dedican y en qué áreas trabajan los participantes
 3. Discriminación en los servicios de salud
 - Servicios de salud y discriminación por orientación sexual/identidad de género
 4. Programas de promoción y prevención dirigidos a eliminar la discriminación y estereotipos en los servicios de salud:
 - Promoción y prevención y sus experiencias en diferentes programas
 - Programas enfocados a la diversidad sexual y los cuidados de la salud de la comunidad LGBTIQ+
 - Confianza en los servicios de salud
 - ¿Se sienten confiados de brindar asesoría en temas de salud sexual, reproductiva y en temas relacionados con la identidad de género, o de orientar hacia servicios que brindan este tipo de asesoría?
 5. Percepción de la sensibilidad, capacidad técnica y preparación de los profesionales y personal de servicios de salud respecto al espectro de género:
 - Los profesionales de salud y la orientación sexual/identidad de género
 - Los profesionales de salud y su conocimiento técnico-científico del género y la salud de la población LGBTIQ+
 - Si ustedes tuvieran la capacidad de cambiar algo en los servicios de salud en beneficio de la comunidad LGBTIQ+, ¿qué sería?
3. Cierre y agradecimiento

Anexo 2. Encuesta en Línea

Se encuentra disponible en el enlace: <https://forms.gle/2Rv4v5PMJexg956G9>

3/7/2021

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

De antemano te agradezco el tiempo que estás tomando para responder esta encuesta.

La presente fue desarrollada para un estudio de investigación que estoy llevando a cabo denominado:
" INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA",
para optar por el título de magíster en desarrollo humano con FLACSO Argentina.

Esta encuesta está diseñada para personas con estas 3 características:

1. Vive en bogotá
2. Se identifica como parte del colectivo LGBTIQ+
3. Tiene 14 años o más años

La información suministrada será utilizada exclusivamente para fines de la presente investigación y se rige por las disposiciones generales de protección de datos de la LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012 de la República de Colombia

Para mayor información sobre mí y/o sobre la presente investigación, podrás encontrarla en:

www.arielpenaranda.site

Cordialmente,

Harris Ariel Peñaranda Molina
Médico y Cirujano General,
Especialista en Salud Pública
Candidato a Magister en Desarrollo Humano

*Obligatorio

1. Correo electrónico *
-

3/7/2021

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

2. ¿En qué localidad de la ciudad de Bogotá DC vives?

Marca solo un óvalo.

- Usaquén
- Chapinero
- Santa fé
- San cristobal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativa
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolivar
- Sumapaz
- No vivo en Bogotá

Primera Parte

Para conocerte mejor, se harán algunas preguntas sobre tí y tu entorno

3. ¿Que Edad Tienes?

Marca solo un óvalo.

- 14 a 26 años
- 27 a 59 años
- 60 o más años

3/7/2021

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

4. ¿Cuál es tu sexo asignado al nacer? (se refiere al sexo biológico con el cual naciste)

Marca solo un óvalo.

- masculino
- femenino
- intersexual
- prefiero no decirlo

5. ¿Cuál es tu orientación sexual? (Se refiere a la atracción física o emocional hacia otras personas)

Marca solo un óvalo.

- Gay
- Lesbiana
- Heterosexual
- Bisexual (atracción por ambos sexos)
- Asexual (no siente atracción por ningún sexo)
- Pansexual (atracción por muchas identidades de género)
- no estoy segur@

3/7/2021

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

6. ¿Cuál es tu identidad de género? (Se refiere al rol con el te identificas) - si tienes dudas acerca del término QUEER, te invito a consultar aquí: Queer (SI TIENES DUDAS ACERCA DEL TÉRMINO, TE INVITO A CONSULTARLOS AQUÍ:

<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/para-adolescentes/orientacion-sexual/que-significa-queer#:~:text=%E2%80%9CQueer%E2%80%9D%20es%20una%20palabra%20que,a%20la%20heterosexual%20y%20cisg%C3%A9nero.&text=La%20palabra%20%E2%80%9Cqueer%E2%80%9D%20tiene%20en,respeto%20a%20las%20personas%20LGBTQ.>

Marca solo un óvalo.

- Cisgénero (se identifica con el sexo asignado al nacer)
- Transgénero (no se identifica con el sexo asignado al nacer)
- Queer
- no estoy segur@
- Otros: _____

7. ¿Cuál es tu nivel de formación académica?

Marca solo un óvalo.

- Básica primaria o Bachiller no concluido
- Bachillerato completo
- Técnica o Tecnología
- Profesional o Licenciatura
- Especialización, Maestría o Doctorado
- Ninguno

3/7/2021

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

8. ¿Cuál es tu nivel de ingresos? (en rangos salariales considerando el salario mínimo mensual legal vigente - SMMLV- en Colombia: \$908.526 COP)

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 SMMLV
- Entre 1 hasta 2 SMMLV (908.526 COP - 1.817.052 COP)
- Más de 2 hasta 5 SMMLV (1.817.053 COP - 4.542.630 COP)
- Más de 5 SMMLV (MÁS DE 4.542.630 COP)
- No tengo ingresos o soy dependiente

9. ¿Cuál es tu situación laboral actual?

Marca solo un óvalo.

- Tengo un empleo mediante un contrato de trabajo
- Trabajo de forma independiente
- No tengo un trabajo estable o trabajo de forma informal
- Me encuentro sin empleo en este momento

10. ¿Cuál es tu estado civil?

Marca solo un óvalo.

- Me encuentro solter@
- Me encuentro legalmente casad@ con mi pareja permanente
- Me encuentro en lo denominado como unión libre (mediante una unión marital de hecho documentada))
- Convivo con mi pareja pero sin ningún estado civil legalmente constituido
- No Sabe/No Responde

Segunda
Parte

En esta última parte, las preguntas estarán enfocadas a conocer de tu experiencia personal en los servicios de salud

3/7/2021

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

11. ¿Te encuentras Afiliado al Sistema de salud y pensión? (estás afiliado a alguna EPS a través de la cual recibes atención médica)

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

12. ¿Has accedido a Consulta médica o de salud de cualquier tipo en el último año?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

13. ¿Has accedido a servicios de promoción y prevención (educación en temas de salud) en cualquier tema por parte de tu EPS?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

14. ¿Has accedido a servicios de promoción y prevención (educación en temas de salud) en temas relacionados a salud sexual y reproductiva por parte de tu EPS?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

3/7/2021

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTIQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

15. ¿Has accedido a servicios de promoción y prevención (educación en temas de salud) en temas relacionados a salud sexual y reproductiva por parte de una entidad diferente a tu EPS?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

16. Si aplica - ¿Has accedido a servicios de reasignación sexual por parte de tu EPS?, cuéntame tu experiencia y si efectivamente ¿fue cubierta por tu EPS?

17. ¿Consideras que es difícil acceder a los servicios de salud (consultas o programas de educación en salud) en la ciudad?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

18. ¿Alguna vez has consultado en tus servicios de salud dudas acerca de tu orientación sexual o identidad de género?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

3/7/2021

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

19. En Caso de haber respondido la pregunta anterior con un NO, Cuál fue la causa?

Marca solo un óvalo.

- Me da vergüenza preguntar al respecto
- Siento que no saben del tema o me van a juzgar
- Nunca lo había pensado
- Lo intenté pero me negaron el servicio
- Otros: _____

20. En Caso de haber respondido la pregunta anterior con un SI, cuéntame de tu experiencia

21. ¿Padeces de alguna enfermedad?

Marca solo un óvalo.

- Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus o Enfermedad Renal Crónica
- VIH/SIDA
- Enfermedades mentales como depresión, ansiedad y otras
- Enfermedades consideradas como Raras/Huérfanas
- Otros: _____

22. ¿Has interpuesto quejas ante tu servicio de salud por malos tratos o dificultades en la atención?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

3/7/2021

Encuesta estudio: INEQUIDADES EN SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA LGBTQ+ EN BOGOTÁ, COLOMBIA

23. ¿Has experimentado algún tipo de discriminación en tu servicio de salud por tu orientación sexual o identidad de género?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

24. ¿Has interpuesto quejas ante tus servicio de salud por motivo de discriminación por tu orientación sexual o identidad de género ?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/No responde

Muchas gracias por tu participación, por último:

25. ¿Me permites contactarte vía correo electrónico para participar en la segunda parte de la investigación que se base en una entrevista grupal?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios